



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

O Cliente com Síndrome de Dependência

Alcoólica.

**Intervenções de Enfermagem de Prevenção da
Recaída Mediadas por Técnicas Expressivas**

Catarina Sofia Monteiro Pinheiro

Lisboa

Junho de 2015

**Este relatório de estágio não contempla as correções resultantes da
discussão pública**



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

O Cliente com Síndrome de Dependência

Alcoólica.

**Intervenções de Enfermagem de Prevenção da
Recaída Mediadas por Técnicas Expressivas**

Catarina Sofia Monteiro Pinheiro

Professora Orientadora: Maria José Nogueira

Junho de 2015

"As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental (EESM), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam."

[Preâmbulo do Regulamento n.º 129/2011, que regulamenta as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental]

À minha melhor amiga... a ti mãe

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a concretização deste projeto, uma sentida palavra de reconhecimento e gratidão:

Ao professor José Falé e à professora Maria José Nogueira pelo acompanhamento e incentivo ao longo deste percurso.

Aos utentes que aceitaram participar, por acreditarem e colaborarem.

À Bárbara, à Sandra e à Catarina, por terem acreditado neste projeto, pelo carinho e apoio que demonstraram.

Aos orientadores de estágio Enf.^o Rui Sequeira e Enf.^a Marta Costa pela forma calorosa que me acolheram e confiaram no meu trabalho.

À colega e amiga Vera por ter partilhado comigo as aventuras e desventuras desta caminhada.

A minha amiga Lúcia por ter sempre uma palavra de apoio.

Finalmente à minha família e ao meu namorado, pelos momentos perdidos e a paciência que demonstraram durante todo este tempo de ausência.

RESUMO

O presente relatório pretende traduzir o processo formativo desenvolvido no âmbito do 5º curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria no ano letivo de 2014/2015. Deste percurso fizeram parte os estágios realizados em duas unidades pertencentes à ARSLVT, I.P, locais privilegiados para o desenvolvimento de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com síndrome de dependência alcoólica. Foi desenvolvido um Grupo de Prevenção de Recaída (GPR) - “A Cor do Meu Sentimento”, com oito sessões de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, com recurso a mediadores expressivos, com vista a facilitar a expressão de sentimentos e emoções. A finalidade foi a expressão de sentimentos e emoções potenciadoras da recaída. Foram aplicados os instrumentos de avaliação da intervenção no momento inicial (*m* 0): Questionário de informação de características sociodemográficas, SOCRATES 8D; TAS-20. No momento (*m* 1) foram usados: SOCRATES 8D; TAS-20. Em todas as sessões foram usados: Grelha de Observação da Sessão e o Questionário de Avaliação de Satisfação.

Participaram 28 clientes, sendo que apenas 5 participaram em todas as sessões. De um modo geral, para todas as subescalas do SOCRATES 8D houve um incremento. Na alexitimia - TAS-20, à excepção de um cliente, verificou-se uma diminuição. Foi possível neste estágio desenvolver e incrementar competências de Enfermagem de Saúde Mental, de nível mais elevado de complexidade técnica, científica e relacional bem como, de desenvolvimento pessoal.

Tendo em conta os objetivos estabelecidos, as atitudes desenvolvidas e a reflexão crítica efetuada, procurou-se demonstrar neste relatório que se aprofundou e adquiriu as competências inerentes ao perfil de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, tal como o preconizado no plano de estudos deste curso aprovado pela Ordem dos Enfermeiros.

Palavras-chave: Síndrome de Dependência Alcoólica; Cliente; Prevenção da Recaída; Mediadores Expressivos.

ABSTRACT

This report aims to translate the training process developed under the 5th Nursing Master's course in the area of specialization in Mental Health Nursing and Psychiatry in the academic year 2014/2015. This route took part stages made in two units belonging to ARSLVT, IP, prime locations for the development of specialized nursing care to people with alcohol dependency syndrome. A Group Relapse Prevention (GPR) was developed - "The Color of My Feeling", with eight sessions of psychotherapy context, psychosocial and psychoeducational, using expressive mediators in order to facilitate the expression of feelings and emotions. The purpose was the expression of feelings and emotions potentiate relapse. Intervention assessment tools were applied at baseline (m 0): Information Questionnaire sociodemographic characteristics, SOCRATES 8D; TAS-20. At the moment (m 1) were used SOCRATES 8D; TAS-20. In all sessions were used: Observation Grid Session and Satisfaction Assessment Questionnaire.

28 guests attended, with only 5 participated in all sessions. In general, for all the subscales SOCRATES 8D there was an increase. In alexithimia - TAS-20, except for a customer, there was a decrease. It was possible at this stage to develop and enhance Mental Health Nursing skills, higher level of technical, scientific and relational complexity as well, personal development.

Having regard to the stated objectives, developed attitudes and critical reflection made, we tried to show in this report that deepened and acquired the skills inherent to the profile of Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatry, as recommended in the syllabus of this course approved by the Order of Nurses.

Keywords: Alcohol dependence syndrome; client; Prevention of relapse; Expressive mediators.

LISTA DE SIGLAS

AA- Alcoólicos Anónimos

ARSLVT- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CRI- Centro de Resposta Integradas

DICAD- Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências

DSM- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ESMP- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

EEESMP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ET- Equipa de Tratamento

GPR- Grupo de Prevenção da Recaída

IDT- Instituto da Droga e Toxicodependência

ISPA- Instituto Superior de Psicologia Aplicada

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PLA- Problemas Ligados ao álcool

PNRCAD- Plano Nacional Redução Comportamentos Aditivos e das Dependências

PR- Prevenção da Recaída

SDA- Síndrome de Dependência Alcoólica

SICAD- Serviço de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências

SOCRATES- States of Chance Readiness and Treatment Eagerness Scale

SPAT- Sociedade Portuguesa de Arteterapia

TAS- Toronto Alexithymia Scale

WHO- World Health Organization

UA- Unidade de Alcoologia

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	13
1. O CONSUMO DE ÁLCOOL E SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA	16
1.1. Epidemiologia do Consumo de Álcool	16
1.2. Dependência Alcoólica e os Impactos na Saúde	17
1.3. A Recaída e os Stressores	19
1.3.1. A dificuldade em expressar sentimentos e emoções e a recaída	22
2. INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA	27
2.1. Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria	27
2.2. Modelo Conceptual de Betty Neuman	28
2.3. Cuidados de Enfermagem de Prevenção de Recaída	33
2.3.1. Dinâmicas de Grupo	35
2.3.2. Mediadores Expressivos	36
2.4. Questões Éticas	40
3. MÉTODO, CONTEXTOS E INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS	41
3.1. Método	41
3.2. Contextos de Estágio	42
3.2.1. Centro de Resposta de Integradas	42
3.2.1.1. Modelo Terapêutico	42

3.2.1.2. O Grupo de Prevenção de Recaída	44
3.2.2. Unidade de Alcoologia	46
3.2.2.1. Modelo Terapêutico	46
3.3. Intervenções de Enfermagem	47
3.3.1. Objetivos	47
3.3.2. Avaliação inicial	48
3.3.3. O Grupo de Prevenção de Recaída - A Cor do Meu Sentimento	49
3.3.4. Indicadores de Resultado	53
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	54
4.1. Caracterização dos Clientes do grupo - A Cor do Meu Sentimento	54
4.1.1. Motivação para a Mudança	55
4.1.2. Dificuldade em Expressar Sentimentos e Emoções	56
4.2. Avaliação do Grupo de Prevenção da Recaída – A Cor do Meu Sentimento	57
4.2.1. Motivação para a Mudança – SOCRATES 8D	57
4.2.2. Alexitimia – TAS 20	61
4.2.3. Indicadores de Processo	61
4.2.3.1. Satisfação dos Clientes	61
4.2.3.2. Expressão de Sentimentos – NOC	63
5. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	65
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68

APÊNDICES

Apêndice I: Consentimento Informado

Apêndice II: Questionário de Avaliação de Satisfação

Apêndice III: Grelha de Observação da Sessão

Apêndice IV: Fotografias 1 e 2 das criações dos clientes na sessão “O alcoolismo”

Apêndice V: Fotografias 3 e 4 das criações dos clientes na sessão “Balança Decisional”

Apêndice VI: Fotografias 5 e 6 das criações dos clientes na sessão “Como eu sou”

Apêndice VII: Fotografias 7 e 8 das criações dos clientes na sessão “Eu e o meu corpo”

ANEXOS

Anexo I: SOCRATES 8D

Anexo II: Guia de interpretação da SOCRATES 8D

Anexo III- Escala de Alexitimia de Toronto (TAS- 20)

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1. Interpretação da escala de Alexitimia - TAS-20	26
Tabela 2. Mediadores artísticos, recursos técnicos artísticos e potencialidades	38
Tabela 3. Objetivos, mediadores, materiais e respostas dos clientes do GPR no CRI	45
Tabela 4. Estrutura das sessões do Grupo de Prevenção de Recaída - A Cor do Meu sentimento”	50
Tabela 5. Caraterização sociodemográfica dos clientes que participaram no Grupo de Prevenção da Recaída	54
Tabela 6. Níveis de motivação para a mudança – SOCRATES 8D , no total de participantes	55
Tabela 7. Satisfação dos clientes que participaram nas oito sessões do GPR – A Cor do meu Sentimento”	62

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Estrutura do Grupo de Prevenção da Recaída	
– A Cor do Meu Sentimento	49
Figura 2. Distribuição da alexitimia da TAS- 20 no total de clientes	56
Figura 3. Comparação scores de SOCRATES 8D- Subescala “Reconhecimento do Problema” no <i>m 0</i> e <i>m1</i>	57
Figura 4- Comparação scores de SOCRATES 8D- Subescala “Ação” no <i>m0</i> e <i>m1</i>	59
Figura 5. Comparação scores de SOCRATES 8D- subescala “Ambivalência” no <i>m0</i> e <i>m1</i>	60
Figura 6- Score da dificuldade em expressar sentimentos e emoções da TAS-20 no <i>m0</i> e <i>m1</i> dos clientes que participaram nas 8 sessões	61
Figura 7. Scores da “Grelha de Observação” dos resultados dos 5 clientes, ao longo das 8 sessões	64

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do 5º curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no ano letivo 2014/2015.

O estágio foi desenvolvido em duas Unidades de Intervenção Local pertencentes à Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) /Administração Regional Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT IP). Decorreu em duas etapas. O primeiro, e mais longo foi em contexto comunitário, no Centro de Respostas Integradas (CRI) e o segundo, em contexto hospitalar, numa Unidade de Alcoologia (UA).

A finalidade deste estágio foi adquirir e desenvolver competências específicas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP) à pessoa adulta com Problemas Ligados ao Álcool. Para tal, estabeleceu-se como objetivos específicos o desenvolvimento de uma intervenção de Enfermagem de Prevenção da Recaída (PR) com base num conjunto de 8 sessões com recurso a mediadores expressivos visando aumentar a capacidade dos clientes para expressarem sentimentos e emoções, enquanto estratégia de Prevenção da Recaída numa UA.

Os Problemas Ligados ao Álcool constituem em Portugal um problema de saúde pública. Dados da *World Health Organization* (WHO) (2014) revelam que Portugal é o 11.º país do mundo com maior consumo de álcool por pessoa. Estima-se que no nosso país existam cerca de 580.000 pessoas dependentes de álcool, ou seja, 7% da população com idade superior a 15 anos (Instituto da Drogas e Toxicodependência- IDT, 2011). Além destes dados, acresce ainda referir que cerca 61% das pessoas recaiu nos primeiros 6 meses após internamento por Síndrome de Dependência Alcoólica (SDA) sendo que 71% das recaídas aconteceram nos primeiros 3 meses após saída do internamento (Neto, Lambaz & Tavares, 2007).

Intervir junto da pessoa com esta problemática é de extrema importância para que esta consiga atingir e manter a abstinência.

Cabe ao enfermeiro, através de ações e estratégias preventivas o papel de ajudar a pessoa, no sentido do alívio ou da redução de agentes de *stress* ou condições adversas que afetem (real) ou possam vir a afetar (potenciais), o funcionamento ótimo do cliente, em qualquer momento (Neuman, 1995)

A evidência mostra que a dificuldade existente na pessoa com SDA, na expressão verbal de sentimentos e emoções (alexitimia), pode ser um fator de risco para o consumo de álcool e para a recaída, uma vez que muitos clientes chegam mesmo a não conseguirem expressar estados emocionais negativos (Torrado, 2013).

O uso do álcool pode constituir-se como uma estratégia/mecanismo de gestão de emoções negativas intensas tais como sentimentos de desilusão, desamparo, vergonha, raiva e ansiedade, estas emoções exacerbadas e incontidas podem ser canalizadas pela substância como forma de controlo das mesmas uma vez que, de outra forma inundariam o psiquismo da pessoa (Torrado, 2013).

Tendo como referencial teórico o modelo ecológico de Betty Neuman optou-se pela nomenclatura “cliente” enquanto pessoa alvo de cuidados de enfermagem, com um papel ativo nos mesmos, assim como o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2002). Neste âmbito Betty Neuman considera o cliente/sistema como uma pessoa total, numa perspetiva holística e multidimensional (Neuman, 1995).

A primeira etapa do estágio, realizada no estágio no 1º contexto, teve como finalidade a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências relativas à intervenção especializada de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria no âmbito da Prevenção da Recaída. No 2º contexto, pretendeu-se transferir o conhecimento adquirido no primeiro contexto por forma a implementar um protocolo de prevenção da recaída inspirado no modelo de intervenção do Centro de Resposta Integradas.

Assim, este relatório está estruturado com a seguinte estrutura: o corpo de trabalho é constituído por sete capítulos. No primeiro apresenta-se a problemática do consumo de álcool, a temática é fundamentada com uma abordagem ao consumo de álcool e SDA e o impacto do consumo de álcool na saúde. São abordados também os aspetos da recaída e os *stressores* mais precisamente a dificuldade em expressar sentimentos e emoções.

O segundo capítulo descreve os fundamentos do cuidado especializado de enfermagem ao cliente com dependência alcoólica, as competências de enfermeiro especialista e os contributos do modelo conceptual de Betty Neuman na compreensão da pessoa com SDA. São ainda explanados os contributos dos mediadores expressivos e das dinâmicas de grupo nos cuidados de prevenção da recaída.

Nos capítulos três e quatro são apresentados os aspetos éticos inerentes a todo o percurso, os contextos de intervenção, os objetivos, os planos de atividades desenvolvidos e por último os resultados.

O 5º capítulo corresponde, a uma descrição das intervenções e competências de EESMP desenvolvidas. No penúltimo capítulo, nas considerações finais, apresenta-se uma síntese global do trabalho tendo em consideração a implicação da intervenção para a prática de cuidados de enfermagem e no último capítulo surgem as referências bibliográficas consultadas.

1. O CONSUMO DE ÁLCOOL E SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA

1.1. Epidemiologia do Consumo de Álcool

Desde muito cedo que o álcool está presente na história do Homem e também desde muito cedo são conhecidos os efeitos nefastos desta substância (Mello, Barrias & Breda, 2001).

Ao longo dos tempos, o álcool adquiriu um duplo papel na sociedade. Por um lado, como substância com características quase mágicas, associado à celebração e prazer, por outro, como fonte monetária contribuindo assim para o desenvolvimento económico de alguns países (IDT, 2011)

Nos países desenvolvidos, o consumo de álcool foi considerado o 3º fator de risco mais nocivo totalizando 9,2% de todo o peso das doenças (Babor, 2009). Estima-se que o consumo de álcool seja responsável por 7,4% das mortes prematuras e incapacidades na União Europeia (IDT 2011). Estima-se que ocorreram 120.000 mortes (idades compreendidas entre 15-64 anos) relacionadas com consumo de álcool, correspondendo 11,9% de todas as mortes (13,9% do total de mortes de Homens e 7,7% de morte de Mulheres) nesta faixa etária (WHO, 2012).

O consumo de álcool aparece ainda associado a elevado número de casos de violência, suicídios, homicídios, perturbações no desenvolvimento fetal, abuso e negligência infantil, acidentes rodoviários e laborais (IDT, 2011).

Além desses dados, o SICAD revela no Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências (PNRCAD) 2013-2020, que 60% dos portugueses com idades compreendidas entre os 15 e 64 anos, consumiu nos últimos 12 meses e a prevalência de embriaguez foi de 5,1%, considerando as mesmas idades. Em 2014, Portugal, e segundo dados da WHO, ocupava o 11.º lugar do mundo com maior consumo de álcool por pessoa, ou seja, cada pessoa

consome em média, quase 13 litros de álcool por ano, valor que coloca o nosso país entre os que mais bebem em todo o mundo, aumentando o risco de desenvolver dependência, cirrose e cancro do fígado.

1.2. Dependência Alcoólica e os Impactos na Saúde

Consumir álcool é, “por excelência, um comportamento social cujas funções hedônicas ligadas às propriedades psicotrópicas positivas do etanol em doses fracas são inegáveis e que permite a feliz partilha da convivialidade e o acesso a uma cultura comum que define as tradições de festa” (Adès & Lejoyeux, 2004, p. 11).

Apesar do uso generalizado do álcool, percebeu-se que consumir álcool não é isento de riscos devido às suas propriedades psicotrópicas e aos seus efeitos aditivos. Na segunda metade do século XIX, o conceito de alcoolismo surgiu associado a doença e não somente enquanto vício (Mello et al, 2001).

Em 1851 surge o conceito de alcoolismo crônico, proposto por Magnus Huss. O alcoolismo é descrito como um tipo de doença consequente de uma intoxicação crônica, tendo ainda descrito alguns quadros patológicos em indivíduos com o uso excessivo e continuado de bebidas alcoólicas. Relata numerosas alterações hepáticas, cardíacas e neurológicas associadas ao consumo de bebidas com elevado grau alcoólico (Mello et al, 2001). Desde então, vários autores têm adotado o conceito de alcoolismo, sem que exista um consenso alargado ou definição única.

A dependência de álcool ou alcoolismo é uma doença que causa sofrimento físico e psicológico, afetando o próprio e todos aqueles que o rodeiam, é uma patologia primária e crônica, cujo “desenvolvimento e manifestações são influenciados por fatores genéticos, psicológicos, sociais e ambientais; (...) perda de controlo do consumo, permanente ou temporária, com o uso de álcool apesar das consequências negativas e acompanha-se de distorções cognitivas, com particular ênfase para a negação” (IDT, 2011, p.9).

A Classificação Internacional de Doenças versão 10 (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS) define alcoolismo como SDA, sendo definido pelo critério F10.2: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - Síndrome de Dependência:

conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associada ao desejo intenso de consumir, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes a um estado de abstinência física (WHO, s.d.)

A principal característica de um transtorno por uso de substância é o conjunto de competências cognitivas, comportamentais e os sintomas fisiológicos que indicam que o indivíduo continua a utilizar a substância, apesar das consequências graves, relacionados com o seu consumo. O alcoolismo pode ser visto como uma doença psíquica porque o alcoólico tem necessidade de álcool para aceitar a realidade; tem tendência a fugir às responsabilidades, sofre de angústia, é agressivo, resiste mal às frustrações e às tensões e porque nele, o nível de consciência, enquanto racionalidade, tende a baixar, levando-o a uma conduta impulsiva (DSM- 5, 2013)

O DSM 5 vem acrescentar que para que haja um diagnóstico definitivo de dependência o cliente deverá, nos últimos 12 meses, apresentar três ou mais dos seguintes sintomas: 1) forte desejo ou compulsão para consumir álcool; 2) dificuldade para controlar os consumos; 3) na ausência ou diminuição do consumo, surgem reações físicas como ansiedade, distúrbios do sono, depressão ou convulsões (abstinência fisiológica); 4) necessidade de doses cada vez maiores para alcançar os efeitos iniciais (tolerância); 5) abandono progressivo de prazeres e outros interesses na vida para se dedicar quase exclusivamente ao álcool e/ou à sua obtenção; 6) aumento do tempo necessário para se recuperar de seus efeitos; 7) persistência no uso da substância, apesar das consequências claramente nocivas a nível biológico e social.

Na abordagem à pessoa com SDA deve ser considerado que a dependência de álcool representa apenas uma parcela de todas as consequências relacionadas com

este problema. É fundamental ter sempre presente que para a compreensão dos problemas associados ao consumo de álcool estão também implícitas as consequências na pessoa consumidora, na família e no trabalho/escola (Mello et al., 2001). A doença alcoólica tem repercussões a nível individual, com danos a nível físico, (cirrose hepática; hepatites, pancreatite, etc); psicológico (ansiedade, depressão), familiar (violência doméstica e maus tratos), no trabalho (diminuição do rendimento laboral, aumento do absentismo, acidentes de serviço); na comunidade (criminalidade, acidentes de viação, perturbações na ordem pública) (Kiritzé-Topor & Bénard, 2007; Ferreira-Borges & Filho, 2008; Mello et al., 2001).

1.3. A Recaída e os Stressores

Marlatt e Gordon (1985) referem que 2/3 dos clientes recaem nos primeiros 3 meses após o término do tratamento. Esta realidade impõe que se tenha em conta a PR enquanto elemento decisivo da manutenção (a longo prazo) do processo de mudança.

A recaída é um processo que difere de pessoa para pessoa e à qual estão ligadas diversas variáveis, que se combinam e evoluem de forma diferente, sendo principalmente do foro afetivo/emocional, comportamental, cognitivo, ambiental e interpessoal, fisiológico, psiquiátrico/psicológico e espiritual (Henriques, 2004). Segundo o mesmo autor, é um processo em que a pessoa se torna disfuncional e pode regressar ao consumo da substância psicoativa (neste caso o álcool) após um período significativo sem consumos e no qual a pessoa completou com sucesso um tratamento (ambulatório, internamento ou apoio de grupos autoajuda) e reconheceu ter uma doença crónica necessitando de mudanças.

O lapso, diferencia-se da recaída por ser um ato impulsivo, com consumo único ou de curta duração, acompanhado de culpa e desejo honesto de regressar à abstinência. O lapso deve ser encarado como uma oportunidade de aprendizagem, essencial para o reforço das competências, permite o desenvolvimento de capacidades para a análise, avaliação das causas e circunstâncias em que ocorreu, melhorando a auto-eficácia do indivíduo (Ferreira-Borges & Filho, 2007).

Por sua vez, a PR é uma estratégia que tem como objetivo ajudar a pessoa a manter ativo, ao longo do tempo, o processo de mudança iniciado com a abstinência (Henriques, 2004), evitando que o processo de recaída se inicie ou que quando iniciado se consiga interromper eficazmente.

A motivação para a mudança desempenha um papel importante nos comportamentos aditivos, influenciando a pessoa a procurar, completar e cumprir o tratamento, assim como realizar mudanças estáveis a longo prazo (DiClemente, Bellino & Neavins, 1999).

A avaliação da motivação para a mudança determina a relação, a adequação das respostas terapêuticas e os resultados obtidos, possuindo um valor preditivo em relação ao envolvimento e permanência no tratamento (Joe, Simpson & Broome, 1998).

O Modelo Transteórico da Mudança de Prochaska e DiClemente (1986) permite perceber melhor a mudança nos clientes, ou seja, as etapas que são percorridas durante o processo de mudança de comportamento. Encontra-se dividido em cinco etapas distintas: a) pré-contemplação – o cliente não tem consciência do problema e não se encontra motivado para mudar o comportamento; b) contemplação – o cliente está inseguro e ambivalente em relação à mudança, não está certo de querer mudar o seu comportamento; c) preparação – o cliente está preparado para mudar o seu comportamento aditivo e tomou uma decisão que já foi planeada, começando a pensar na execução da sua implementação; d) acção – o cliente já mudou o seu comportamento; e) manutenção – o cliente consegue manter o comportamento de abstinência.

Com base nos princípios que fundamentam a teoria do modelo transteórico, foram desenvolvidos e validados diversos instrumentos de avaliação com o objetivo de identificar os estádios de mudança comportamental do cliente. Estes estádios refletem diferentes níveis de consciência do problema e diferentes graus de empenho para o enfrentar (DiClemente et al., 1999; Yoshida, 2002). Um dos

instrumentos utilizado é a escala SOCRATES 8D- *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (Anexo I).

Adaptado para a população portuguesa em pessoas toxicodependentes por Janeiro, Faísca e Miguel (2007) a SOCRATES na versão 8D avalia a motivação para a mudança. Pode constituir-se como uma estratégia para abordar a motivação para a mudança, que constitui um foco importante para o tratamento (Del Boca & Brawn 1996, citado por Janeiro et al., 2007).

Este questionário teve uma primeira versão que avaliava os cinco estádios de mudança baseada no modelo transteórico de Prochaska e DiClemente (1982) em pessoas alcoólicas. Posteriormente, Miller e Tonigan criaram, em 1996, uma nova versão da escala, composta por 19 itens, que avaliam a motivação para a mudança, através de estádios representados pelos fatores (reconhecimento do problema, ambivalência e ação), que remetem para as características motivacionais associadas à mudança e ao tratamento dos comportamentos aditivos (Janeiro et al, 2007).

Na versão 8D, adaptada para a população portuguesa por Janeiro et al. (2007), o questionário é composto por 17 itens: reconhecimento do problema (seis itens); ação (sete itens); ambivalência (quatro itens). Neste questionário, cada frase descreve o modo como cada pessoa pode (ou não) sentir-se, no momento, sobre o seu consumo de álcool. As alternativas de resposta são avaliadas numa escala do tipo *Likert*: 1= discordo muito; 2= discordo; 3= indeciso; 4= concordo; 5= concordo muito.

A escala SOCRATES tem três subescalas. A subescala “reconhecimento” pode variar no intervalo entre 6 e 30 valores, a subescala “ação” varia entre 7 e 35 e na “ambivalência”, 4 e 20. A subescala do reconhecimento do problema está relacionada com a capacidade de *insight* da pessoa em relação ao consumo de álcool, enquanto a subescala da ambivalência e ação estão relacionadas com a evolução da pessoa.

Henriques (1999) considera que a PR deve incidir na identificação das situações de risco e no desenvolvimento de competências para lidar com elas; identificação de sinais de aviso e desenvolvimento de estratégias para interromper o processo de recaída; identificação e modificação de crenças disfuncionais desenvolvidas na infância ou com base nos consumos de substâncias.

Os *stressores* são os efeitos fisiológicos, cognitivos, emotivos e sociais dos estímulos stressantes sobre o indivíduo (Chalifour, 2008).

Ferreira-Borges e Filho (2004) fundamentando-se em Marlatt & Gordon, consideram que existem três grandes categorias de stressores que podem levar à recaída tais como: 1) estados emocionais negativos (ex: ansiedade, depressão, raiva e frustração) responsáveis por 35% das recaídas; 2) pressão social para a pessoa consumir, quer seja de forma direta (oferta ou persuasão para consumir) ou indireta (estar em locais onde outras pessoas estão a consumir), associado a 20% das recaídas; 3) conflitos interpessoais (discussões conjugais, familiares ou com amigos, conflitos laborais ou situações de confronto com a autoridade), associado a 16% das recaídas.

1.3.1. A dificuldade em expressar sentimentos e emoções e a recaída

As palavras *emoção* e *sentimento* são duas palavras largamente empregues no nosso dia-a-dia mas cuja distinção e conceituação ainda são imprecisas, mesmo entre especialistas (Freire, 2010).

As *emoções* não são fenómenos estritamente cerebrais, são primariamente corporalizadas, tendo um papel determinante na diferenciação humana e na forma como as pessoas se relacionam com o meio envolvente e com o seu mundo interior (Torrado, 2013).

A palavra *emoção* deriva do verbo latino *emovere* que significa movimento para fora, sugere uma direção externa a partir do corpo, ou seja, uma preparação para a ação, oferecendo um significado a uma dimensão do comportamento cuja essência

é determinada por múltiplos fatores. Alguns autores consideram que as emoções constituem episódios breves de resposta do organismo a eventos internos ou externos significativos, orquestrados a nível cerebral, autónomo e comportamental (Torrado, 2013)

Torrado (2013) defende que embora a constituição e dinâmica das respostas emocionais surjam em cada indivíduo em função de um desenvolvimento e de um ambiente únicos, a maior parte, ou até mesmo na íntegra, as emoções resultam de uma longa genealogia de sintonização evolutiva, fazendo parte dos dispositivos bio-reguladores com que o ser humano nasce preparado para sobreviver.

Damásio (2010) afirma que as emoções são detentoras de funções de sobrevivência, que produzem uma reação específica face a estímulos (luta e fuga) e ao mesmo tempo funcionam também como regulador interno do organismo, para que ele esteja preparado para essa reação específica.

O termo emoção pode ser localizado numa dimensão predominantemente fisiológica (central e periférica), comportamental e expressiva enquanto sentimento como uma representação mental subjetiva das mudanças fisiológicas subjetivas à emoção (Torrado, 2013). Para Damásio (2010), as emoções são quantificáveis, respostas químicas e neurais observáveis na pessoa “emocionada”, por uma terceira pessoa através da expressão facial, ritmo e movimento do corpo, sudorese etc. Os sentimentos são resultados da percepção dessas reações pela própria pessoa, ela “sente” a emoção, são por isso experiências subjetivas, somente acessíveis à própria pessoa.

Para que haja sentimento é necessário que haja uma passagem, uma sequência entre as áreas subcorticais responsáveis pela emoção e as áreas corticais pré-frontais, responsáveis pela cognição para que a pessoa crie sentimentos conscientes. Em algumas pessoas essa passagem não é realizada de forma satisfatória fazendo com que a pessoa apresente alexitimia (Freire, 2010)

O conceito de alexitimia designa sem palavras para as emoções (*a-* sem, *lexis* – palavra, *tymus* – emoção). Foi proposto em 1973 por Sifneos para descrever as manifestações clínicas de alguns pacientes que apresentavam dificuldades acentuadas em exprimir estados emocionais por intermédio de palavras. Descrevendo aqueles pacientes como tendo uma vida emocional pobre em sonhos e fantasias e que demonstravam não ter palavras para nomear ou expressar as emoções (Freire, 2010).

Freire (2010) entende alexitimia como um constructo que integra três componentes: 1) grande dificuldade no uso de linguagem apropriada para expressar e descrever sentimentos, diferenciando-os das sensações corporais; 2) capacidade para fantasiar e imaginar muito pobre; 3) estilo cognitivo utilitário baseado no concreto e orientado para o exterior.

A alexitimia tem sido descrita como sendo “uma falha no desenvolvimento social do indivíduo, que impede a construção de um mundo simbólico a ser socialmente compartilhado” (Freire, 2010, p.21). Da pesquisa bibliográfica realizada, é possível depreender que ainda não existe um consenso, por parte dos diversos autores, quanto à génese da alexitimia, sendo que esta pode ser vista enquanto traço de personalidade (primária) e por isso estável, ou enquanto mecanismo de defesa face a uma situação vivida como ameaçadora (secundária). Contudo, observa-se uma maior tendência para a aceitação da alexitimia enquanto característica da personalidade “aprendida e derivada de um estilo de enfrentamento emocional” (Freire, 2010, p.20). Por outro lado, alguns autores consideram que a alexitimia “não deve ser considerada uma defesa mas uma deficiência nas defesas” (Fabião, 2002, p.48).

Ao longo de vários anos foram realizados diversos estudos no sentido de encontrar um tipo de personalidade que justificasse o alcoolismo. Contudo essas investigações não foram conclusivas e demonstraram heterogeneidade. No entanto, os estudos demonstram a existência de algumas características de personalidade que aparecem frequentemente nas pessoas com adição ao álcool/drogas (Fabião, 2002).

Das diferentes características relatadas, surge a possibilidade da alexitimia ser uma delas, tendo em conta o anteriormente descrito, face ao não consenso da definição da alexitimia enquanto traço de personalidade ou mecanismo de defesa, dependente do estado emocional. Contudo, Taylor (1997) citado por Fabião (2002), admite que alguns estados emocionais possam contribuir para a alexitimia, no entanto tendo em conta as investigações em pessoas com dependência de substâncias psicoativas (incluindo o álcool), as taxas elevadas de alexitimia que se verificaram, em situação de abstinência prolongada, sugerem a alexitimia como traço estrutural de personalidade. Nunes (2011, p.50) reforça esta ideia referindo “existe uma grande prevalência de pacientes com alexitimia no contexto das toxicodependências, nomeadamente o alcoolismo, mesmo após cessação de consumos”.

Tendo em conta os resultados desses estudos, os diversos autores e investigadores começam a olhar a alexitimia enquanto fator de risco para o abuso de substâncias psicoativas, uma vez que “reflecte uma reduzida capacidade para regular e modular os estados emocionais desagradáveis” (Fabião, 2002, p.48).

Dois estudos realizados junto de pessoas toxicodependentes revelaram a existência de 50,4% e 50% da população estudada com alexitimia, já no efetuado por Gago e Neto (2001), com jovens em recuperação de substâncias psicoativas (incluindo álcool), 81% dos indivíduos inquiridos apresentaram valores compatíveis com alexitimia, a uma pontuação mais elevada de alexitimia correspondia uma maior gravidade da dependência. Nesses estudos foi aplicada a Escala de Alexitimia de Toronto- *Toronto Alexithymia Scale* (TAS) (anexo II).

A TAS-20 é um instrumento de auto-avaliação desenvolvido por Taylor, Ryan e Bagby em 1992. A sua adaptação à população portuguesa foi feita por Prazeres (1994), tendo adequadas propriedades psicométricas. Constituído por 20 itens, cujas respostas são assinaladas numa escala de *Likert* de 1 a 5 em que a pontuação da escala é obtida somando os itens sendo que, alguns itens têm que ser invertidos (4, 5, 10, 18 e 19) (Prazeres, Parker & Taylor, 2000). A estrutura fatorial original desta escala em três fatores mantém-se na versão portuguesa, permitindo uma cotação

para cada um dos fatores (dificuldade em identificar sentimentos; dificuldade em comunicar sentimentos; e pensamento orientado para o exterior) separadamente. Em termos globais, permite avaliar a presença de características alexitímicas com três níveis de resultado: Alexitímico, Não Alexitímico e Indeterminado, podendo os resultados ser interpretados da seguinte forma:

Tabela 1. Interpretação da escala da Alexitimia - TAS-20

Score	Classificação
TAS- 20 \geq 61	Alexitimico
TAS- 20 \leq 51	Não Alexitímico
52 \leq TAS \leq 60	Zona de fronteira

Fonte: Souto, M.T.S. (2000). *A alexitimia e a dependência de drogas. Os sentimentos, o discurso e as drogas*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental.

Comparando as populações estudadas (abuso e dependência de substâncias) e a prevalência da alexitimia numa população homogênea de estudantes, num estudo de Blanchard et al em 1981, referido por Gago e Neto (2001), verificou-se valores de alexitimia de 1,8% no sexo feminino e 8,2% no sexo masculino, valores muito inferiores das populações com história de consumos e dependência de substâncias, vindo reforçar a importante relação entre alexitimia e dependência alcoólica. Alguns autores hipotetizaram o recurso ao álcool e outras drogas pelos indivíduos enquanto “automedicação” para estados emocionais que lhes eram desagradáveis e com os quais se sentiam incapazes de lidar e ultrapassar (Gago e Neto, 2001).

Nesse sentido, pensar na Prevenção da Recaída é perspetivar uma forma de a pessoa ter acesso ao seu interior, reconhecer os seus estados emocionais, reconhecer de que forma os mesmos influenciam os seus consumos de álcool e desenvolver estratégias para lidar com esses estados abstendo-se do consumo da substância.

2. INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA

2.1. Competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria

O percurso de desenvolvimento académico e profissional foi guiado pelas seguintes competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros¹: 1) adquirir um elevado conhecimento e consciência de si mesma enquanto pessoa e enfermeira, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional; 2 e 3) assistir e ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida integrada na família, grupos e comunidade, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto, visando a recuperação e otimização da saúde mental; 4) prestar cuidados de enfermagem de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Ao longo do estágio pretendeu-se desenvolver em particular a primeira e a quarta competência. Para concretizar estes objetivos procurou-se mobilizar as dinâmicas próprias do contexto de estágio, especificamente, através da implementação de um plano especializado de cuidados em saúde mental de prevenção da recaída. Esta intervenção de enfermagem em que o objetivo era prevenir a recaída foi baseada no reconhecimento de sentimentos e emoções, treino de competências e no desenvolvimento sócio-emocional, que evitem a exposição e exclusão social (OE, 2010).

Pretendeu-se ainda desenvolver competências através da mobilização de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentassem o *insight* do cliente, permitindo-lhe elaborar novos sentidos para o problema (OE, 2010).

¹ Diário da República 2.ª série – N.º 35 – 18 de Fevereiro de 2011

Benner (2001, p.39) refere, acerca da aquisição e desenvolvimento de saberes e perícias, que um “estudante passa por cinco níveis sucessivos de competências: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito”, com base nestes estádios considera-se que se partiu do nível de competente com a pretensão de alcançar o estádio de perito, em que os cuidados atingem outra dimensão e envolvem uma maior complexidade.

2.2. Modelo conceptual de Betty Neuman

Os contributos do modelo concetual de Betty Neuman foram de extrema importância para nortear o processo de cuidados ao longo do estágio e compreender a complexidade do cliente com a patologia SDA, permitiu identificar os *stressores* do cliente, considerar e integrar os seus recursos internos e externos, bem como os fatores de proteção.

O modelo de Betty Neuman (1995) tem como enfoque central o indivíduo/cliente como individual, podendo ser aplicado a um grupo ou comunidade. Desta forma, os quatro principais conceitos deste modelo são: o Indivíduo/Cliente, o Ambiente, a Saúde/Bem-Estar e a Enfermagem.

O indivíduo, no modelo de Neuman (1995), é definido como “*client/client system*”. Este modelo tem como enfoque central a filosofia de que cada homem é uma “pessoa total”, sendo tido como um ser holístico e multidimensional. O Homem é considerado como um sistema aberto em constante interação com o ambiente.

Neste sistema é possível identificar cinco variáveis que se encontram em constante interação e que compõem o sistema cliente tais como: fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais.

As variáveis fisiológicas dizem respeito ao corpo, à sua estrutura e funcionamento; as variáveis psicológicas referem-se aos processos de pensamento e relacionamentos; as variáveis socioculturais estão relacionadas com a cultura e o meio social; as variáveis de desenvolvimento dizem respeito às fases de

desenvolvimento do ciclo de vida; e por último, as variáveis espirituais referentes às influências exercidas pelas crenças espirituais (Neuman, 1995).

O termo cliente é intencionalmente utilizado, para realçar o respeito que Neuman (1995) tem pela posição da pessoa enquanto ser que requer cuidados, mas que possui direitos de participação e decisão no que se refere ao seu bem-estar. Neste modelo, o cliente é representado por uma estrutura básica, rodeado por linhas concêntricas. Como refere Neuman (1995, p. 26) o “*central core*” representa uma estrutura básica de fatores de sobrevivência, formando uma estrutura única, ou seja, distinta de indivíduo para indivíduo, mas com factores comuns à espécie humana.

As linhas concêntricas que rodeiam o núcleo central, representam três mecanismos de proteção da estrutura básica. A mais exterior é a linha flexível de defesa, esta funciona como o “para-choques”, do estado de equilíbrio do indivíduo. Esta linha apresenta-se como uma proteção contra a “invasão” do indivíduo, por fatores de *stress* e que desta forma preserva o cliente das reações a estes fatores ou dos sintomas (Neuman, 1995)

Segue-se à linha normal de defesa a linha flexível de defesa. Esta apresenta-se como uma segunda barreira contra os agentes de *stress* e é entendida como uma condição fundamental para o equilíbrio individual. A linha normal de defesa também se pode expandir (melhoria ou reforço do bem-estar) ou retrain (diminuição do bem-estar), só que o faz, aparentemente, mais lentamente (Neuman, 1995).

As linhas mais internas do sistema cliente são as linhas de resistência. Trata-se de um mecanismo involuntariamente ativado. Quando um fator de *stress* invade a linha normal de defesa, as linhas de resistência tentam estabilizar o sistema e devolvem-no à linha normal de defesa. Estas linhas de resistência contêm fatores internos que suportam a estrutura básica e a linha normal de defesa. Se as linhas de resistência não funcionarem, pode ocorrer a morte (Neuman, 1995).

A linha flexível protege a linha normal e as linhas de resistência protegem a estrutura central. Perante um fator de *stress*, a linha flexível entra em ação, para

manter o equilíbrio. Se esta ação não se revelar eficaz, a linha normal é atravessada, o que resulta numa reação do sistema ou o aparecimento de sintomatologia. Entram então em ação as linhas de resistência e, se o fizerem eficaz e efetivamente, o cliente volta ao seu estado de bem-estar. A reação ao agente de *stress* é determinada por aquilo que Neuman (1995) chama de linhas flexíveis e normais de defesa e linhas de resistência. A resistência é determinada pela reação entre as cinco variáveis já referidas. Outros aspetos também relevantes são, o tempo de contacto, a natureza e a intensidade do fator de *stress*, para caracterizar a reação. O mesmo acontece com o passado e presente do cliente, os recursos de cada um, a própria percepção quanto ao (s) fator (es) de *stress*.

No sistema cliente com SDA as variáveis encontram-se debilitadas, os mecanismos de proteção, tanto a linha flexível de defesa como a linha normal de defesa e as linhas de resistência, que protegem o núcleo central, foram comprometidas, atingindo o núcleo central e colocando o seu equilíbrio/estabilidade em causa. Este desequilíbrio provoca uma reação do sistema cliente levando ao surgimento de sinais e sintomas de abstinência (como por exemplo: tremores, náuseas, vômitos, ansiedade, confusão, irritabilidade) colocando a estrutura básica do sistema cliente em risco de sofrer falência ou mesmo morte.

O Homem e o meio ambiente são fenómenos essenciais no modelo conceitual de Neuman (1995), uma vez que esta considera que as pessoas estão em constante interação com o seu ambiente, definindo o mesmo como aquelas forças internas e externas que circundam as pessoas, em qualquer ponto no tempo.

O ambiente interno é o espaço intrapessoal, em que todas as interações que se produzem têm lugar dentro do próprio indivíduo. O ambiente externo é o espaço interpessoal ou extrapessoal em que as interações se dão fora do indivíduo. O ambiente criado, é essencialmente intrapessoal, no entanto, engloba o ambiente externo, mas é desenvolvido de forma inconsciente pelo indivíduo como uma expressão simbólica da totalidade do sistema. O ambiente criado mobiliza todas as variáveis do sistema com a finalidade de manter a integridade e estabilidade do

indivíduo, este está em constante ajustamento, consoante as variações de bem-estar do indivíduo (Neuman, 1995).

Neuman (1995), define agentes de *stress* como, forças ambientais (externas ou internas) que podem alterar a estabilidade do sistema. Segundo a autora, os agentes de *stress* podem ser classificados como: intrapessoais - que atuam no interior do indivíduo (como por exemplo cirrose, *craving*, esconder os seus verdadeiros sentimentos, não enfrentar as emoções como raiva e culpa) interpessoais - agentes que atuam no contexto de um ou mais indivíduos (como por exemplo desemprego, conflitos com familiares e amigos, muito comum nos cliente com patologia alcoólica) e extrapessoais - agentes que atuam no exterior do indivíduo, como situações de pobreza, também presente neste tipo de clientes uma vez que os consumos levam a que se desorganizem e acabem por perder tudo ou quase tudo chegando muitas vezes a passarem a situação de sem - abrigo.

Muitos agentes de *stress* são universais e afetarão de forma idêntica todas as pessoas a eles expostas. Contudo, outros agentes só adquirem importância, no contexto e nas vivências do indivíduo em questão, e por isso terão de ser vistos segundo a percepção do próprio e não segundo a percepção do profissional dos cuidados de saúde.

Neuman (1995) faz equivaler o conceito de saúde ao de bem-estar, utilizando-os como sinónimos definindo-os como a condição de estabilidade ótima do cliente/sistema cliente. Para a estabilidade ótima do sistema é fundamental que todas as variáveis do sistema se encontram em equilíbrio ou harmonia com o cliente/sistema cliente. Consequentemente, este equilíbrio e harmonia vão-se refletir no nível de saúde/bem-estar do indivíduo. Nas situações em que as necessidades do sistema estão satisfeitas, existe um estado ótimo de bem-estar; contrariamente aos casos em que as necessidades não satisfeitas reduzem o estado de saúde/bem-estar do indivíduo.

Associado ao conceito de saúde/bem-estar, surge no modelo de Neuman (1995) o conceito de reconstituição como sendo um estado de adaptação do indivíduo aos

fatores de *stress* do ambiente interno e externo. O cliente com SDA apresenta muitas necessidades por satisfazer, quer a nível físico, psicológico e social, pelo que frequentemente o seu estado de saúde/bem-estar encontra-se muito reduzido

Neuman (1995) define enfermagem como uma profissão única que se interessa por todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo aos fatores de *stress*, considera que a enfermagem se deve aplicar ao indivíduo em toda a sua globalidade. As intervenções de enfermagem, devem ser direcionadas no sentido do alívio ou da redução de agentes de *stress* ou condições adversas que afetem (real) ou possam vir a afetar (potenciais), o funcionamento ótimo do cliente, em qualquer momento.

Quando o cliente com SDA manifesta sintomas de abstinência, as intervenções situam-se a nível secundário, desenvolvidas com o objetivo de fortalecer as linhas de resistência, mobilizando para isso, os recursos internos e externos do sistema cliente. Se os resultados da intervenção secundária forem positivos, ocorrerá a reconstituição do sistema, quer dizer um estado de adaptação do indivíduo aos fatores de *stress* do ambiente interno e externo. Esta adaptação pressupõe um movimento no sentido da melhoria da saúde/bem-estar do indivíduo, ou mais concretamente, o retorno e manutenção da estabilidade do sistema na sequência do tratamento das reações/sintomatologia aos agentes de *stress*. Se isso não ocorrer poderá surgir a falência da estrutura básica e consequentemente a morte do cliente.

Atingido um certo nível de estabilidade e reconstituição do cliente, os enfermeiros atuam a nível da prevenção terciária, em que as ações desenvolvidas propõem-se a manter a reconstituição do cliente com SDA. Nesta etapa, é crucial a PR, considerando como principais *stressores* de recaída as emoções negativas como a ansiedade, a solidão, a culpa, a raiva, a vergonha, entre outras. A este nível as intervenções são desenvolvidas com o objetivo de manter a abstinência do sistema cliente, ou seja manter a estabilidade e integridade do sistema cliente.

2.3. Cuidados de Enfermagem de Prevenção da Recaída

Cuidados de enfermagem de qualidade são aqueles que respondem às reais necessidades dos clientes. Para responder a esse compromisso foi primordial o recurso à revisão da literatura para apoiar e delinear as intervenções de PR ao cliente, com base na melhor evidência. Deste modo, foi levado a cabo na fase do projeto, uma revisão integrativa da literatura, partindo da seguinte questão de investigação em formato Pi[C]O: “Qual o Impacto (*outcome*) da intervenção de enfermagem de prevenção da recaída, recorrendo a mediadores expressivos (*intervention*) na facilitação de expressão de sentimentos e emoções na pessoa com Síndrome de Dependência Alcoólica (Population)?”.

Martins e Valladares (2009) realizaram sessões com jovens adultos internados por dependência de drogas e nessas sessões utilizaram a pintura. Verificaram que a técnica da pintura e os seus efeitos terapêuticos podem ser exploradas e utilizados como uma ferramenta nos cuidados em saúde mental e, em especial na toxicodependência, permitindo o desbloqueio da energia psíquica e a redução de danos emocionais provocados pela patologia.

Bresson (2010) interveio num grupo de pessoas com patologia psiquiátrica, seguidas em Hospital de Dia, utilizando nas suas sessões vários mediadores expressivos. Concluiu que para algumas pessoas, a experiência vivida através da criação de obras proporcionou ferramentas alternativas para examinar e reorganizar a sua visão de si mesmo e do mundo e de crescer dentro de um grupo empático.

A integração de vários mediadores expressivos em simultâneo foi também intervenção usada por Erickson e Young (2010) mas junto de mulheres detidas numa prisão no sul dos Estados Unidos da América. Nestas sessões as mulheres eram incentivadas a explorar os sentimentos e pensamentos e partilhá-los com os outros. Os autores entendem que as pessoas detidas têm problemas complexos, bem como limitações verbais ou defesas que inibem a sua capacidade de envolver-se em terapia da conversa e este tipo de intervenção pode fornecer uma opção

eficaz de tratamento terapêutico para clientes presos e uma opção eficaz e económica para estabelecimentos prisionais.

Em Portugal, Correia (2013) utilizou a musicoterapia num centro de reabilitação de alcoolismo e verificou mudanças em três grandes áreas: a) nível psicossocial: como a valorização da identidade pessoal resultado da partilha da identidade sonora musical e da narrativa autobiográfica, em grupo; alternância de liderança e a disponibilidade para perceber os outros como válidos e importantes para o grupo, bem como a capacidade para entender o padrão de comunicação com os outros, os limites, as alternâncias e as sincronias; as intensidades e intencionalidades que os elementos do grupo têm entre si e com as suas redes sociais; b) nível psicoafectivo: como a melhoria da descrição das experiências emocionais e afetivas e aumento do vocabulário relativo a experiências traumáticas ou conflituosas; a diminuição e alívio da tensão e reconhecimento das experiências de participação nesse movimento interno; vivenciar, experienciar, tomar consciência sobre a dificuldade de exploração de sentimentos e emoções; aceitar a valorização interna da experiência positiva de expressão emocional; estabelecer contato com a memória do alcoolismo e das vantagens da abstinência; c) nível da criatividade: o reconhecimento das experiências positivas perante algo construído num contínuo e a aceitação dos membros do grupo permitiram a diminuição do medo de falhar, de arriscar, de participar, de contribuir com o que cada elemento pode disponibilizar para a experiência, num sentido de elevação estética na apreciação do grupo, bem como a aceitação da espontaneidade criativa com recurso ao verbal com a criação de canções.

Morais, Roecker, Salvagioni e Eler (2014) realizaram um estudo com 16 utentes em Hospital de Dia, tinham como objetivo compreender o significado da argila para os utentes psiquiátricos. Verificaram que o uso da argila como meio terapêutico nestes pacientes psiquiátricos promoveu a criatividade, a consciência de si mesmo e teve benefício naqueles que procuravam alívio da ansiedade.

2.3.1. Dinâmicas de grupo

Desde o seu nascimento que o ser humano vive integrado num grupo. Esta integração inicia-se pela vida na unidade familiar, depois na turma da escola, atividades de lazer, etc. O Homem passa grande parte do tempo em interação com outros elementos dos diversos grupos que pode integrar, vivendo numa constante dialética entre a procura de uma identidade própria e de uma identidade grupal e social (Zimerman & Osorio, 1997)

O conceito de grupo pode definir-se como um conjunto de indivíduos cuja associação tem por princípio a partilha de interesses, valores, normas ou propósitos comuns. A associação a um grupo acontece geralmente por acaso (nasceu no grupo), por opção (filiação voluntária), ou por circunstância (o resultado de acontecimentos do ciclo de vida sobre os quais o indivíduo pode ou não ter controlo) (Townsend, 2011).

O grupo tem um potencial terapêutico único, as interações utente-utente e utente-terapeuta são utilizadas em *setting* do grupo e são utilizadas de modo a permitir alterações no comportamento desadaptado de cada um dos elementos do grupo. Assim o próprio grupo é utilizado como elemento transformador (Vinogradov & Yalom, 1992).

Os grupos podem ser categorizados como abertos ou fechados. Num grupo fechado o número de pessoas será o mesmo desde o princípio até ao final da atividade, sem a inclusão de nenhum novo membro, mesmo no caso de alguém sair. A manutenção destes membros possibilita que eles se conheçam melhor, e, conseqüentemente, desenvolvam uma confiança mútua e possam partilhar experiências em nível mais profundo. No grupo aberto não há um tempo de duração definido, o grupo inicia-se com um número mínimo de participantes que, ao longo do funcionamento, podem sair e entrar, assim como é permitido o ingresso de novos participantes (Osório, 2007), Liebmann (2000) defende que tal característica dá ao grupo um caráter mais superficial.

Yalom (1980) defende que existem dez fatores terapêuticos interdependentes que atuam como agentes poderosos de mudança nos grupos, são eles: 1) a esperança; 2) universalidade; 3) transmissão de informação; 4) altruísmo; 5) recapitulação corretiva da família primária; 6) desenvolvimento de técnicas de socialização; 7) comportamento imitativo; 8) catarse com reflexão cognitiva; 9) aprendizagem interpessoal; 10) coesão de grupo.

As intervenções realizadas em grupo permitem que as experiências de grupo sejam as mais significativas uma vez que se trata de um conjunto de indivíduos cuja associação se baseia em interesse partilhados, valores, normas ou propósitos comuns, com funções de socialização, apoio, realização de tarefas, camaradagem, informativo, normativo, *empowerment* e *governance* (Townsend, 2011). Em grupo é possível trabalhar e estimular, contemporaneamente e de forma particular três dimensões do funcionamento psicológico humano: a dimensão emotivo-afetiva, cognitiva e a experiencial (Manes, 2014).

Na área da saúde, a intervenção em grupo assume um papel importante, liderar grupos terapêuticos está dentro do domínio da prática de enfermagem. O trabalho de grupo é uma abordagem terapêutica comum na disciplina da psiquiatria, podendo ser utilizada como uma intervenção significativa na enfermagem psiquiátrica (Townsend, 2011).

A opção pela intervenção em grupo baseou-se no facto de permitir reunir pessoas com necessidades idênticas que têm a oportunidade de identificar-se e apoiar-se mutuamente, além disso, permite o suporte social, facilita livre expressão de sentimentos e emoções criando benefícios na interação social e bem-estar.

2.3.2. Mediadores expressivos

O uso e integração dos diversos mediadores expressivos apresentam-se como um método que possibilita o desenvolvimento pessoal. A relação terapêutica é criada através da interação entre o cliente, que é considerado o “criador”, e o objeto da arte, que é a criação, executada no *setting*, e o arte-terapeuta. Este método

facilita a comunicação e a reorganização dos conteúdos internos, assim como a expressão emocional e o aprofundamento do conhecimento interno, libertando a capacidade de pensar e a criatividade (Carvalho, 2001).

É através das várias formas expressivas das artes que a pessoa comunica e explora os seus sentimentos, reconhece as suas próprias capacidades, o que se traduz em sentimentos de maior autoestima e bem-estar (Martins, 2012).

O exercício da criatividade possibilita outra visão sobre si mesmo e possibilita o encontro de pontos de vista alternativos para as problemáticas da pessoa. O objetivo é o crescimento pessoal, a vivência artística pela criação enriquece o imaginário e colabora para o autoconhecimento, impulsiona a elaboração de conteúdos internos e a transformação pessoal (Martins, 2012).

Os mediadores artísticos são os meios empregues com a finalidade de criação, expressão e comunicação. Mediador artístico/linguagens expressivas/materiais expressivos/recursos artísticos são as várias terminologias utilizadas para definir as formas específicas de expressão artística. Recorrem a procedimentos criativos de concretização e sensoriais próprios, mediante as suas características específicas, com impacto nas diferentes vias de perceção e com possibilidades expressivas Carvalho (2011). Os mediadores oferecem potencialidades diferenciadas e a partir deles são definidos uma série de recursos técnicos com características próprias tais como: pintura; desenho; modelagem; “fantasia guiada”; dança; lendas (entre outros).

A Tabela 2 apresenta os diferentes mediadores artísticos existentes, os recursos técnicos artísticos e as suas potencialidades.

Tabela 2. Mediadores artísticos, recursos técnicos artísticos e potencialidades

Mediador artístico	Recursos técnicos artísticos	Potencialidades
Expressão plástica	Pintura, desenho, modelagem, colagem, fotografia, construções plásticas, etc.	Apela ao uso de pormenores; pode ser relaxante por exigir tempo e calma para olhar e fazer; A cor tem um lugar fundamental na pintura, simbolizando sentimentos e emoções; Pintar livremente, pode trazer sentimentos de gratificação;
Expressão corporal	Fantasia guiada, movimento livre, movimento coreografado, danças de roda, espelhamento, etc.	O desenvolvimento da autoimagem permite reforçar o suporte da relação consigo e com o outro, resultando em melhoria no bem-estar físico e psíquico; O trabalho de tomada de consciência das sensações corporais, pode permitir a reestruturação da vivência e esquemas corporais bem como da autoimagem, servindo de ponto de partida para o estabelecimento de <i>insights</i> .
Expressão dramática	Marionetas, dramatização de histórias, role- playing, “cadeira vazia”, estátuas vivas, etc.	Potencia a projeção e identificação, facilitando a expressão emocional, a escolha da personagem propicia o espelhar de personagens do palco interno das representações de si mesmo e seus conflitos internos; Promove a capacidade de resolução de conflitos integração dos diferentes elementos num grupo como um todo; O apelo à espontaneidade permite a diminuição da rigidez das defesas, facilitando o desenvolvimento afetivo e a socialização.
Expressão musical	Método ativo: ex: improvisação musical; Método recetivo: ex. escuta.	Possibilita a reflexão mediante o ritmo, suas variações e a gestualidade; Possibilita desenvolver a criatividade, oferecendo uma descontração a partir da ativação de um canal de comunicação não-verbal, potenciando as relações interpessoais; A improvisação musical permite tomar consciência das possibilidades do corpo e dos seus elementos e de desenvolver um ritmo natural;
Expressão literária	Escrita livre automática, poesia, contos de fadas, mitos e lendas, histórias em geral, etc.	Regulador e organizador das emoções; Pode atenuar ansiedades e confusões emocionais; Possibilidades de exploração: temas implícitos, evolução das ideias.
Expressão lúdica	Tabuleiros de areia, brincadeiras, jogos, uso de brinquedos e outros meios lúdicos.	As experiências do Jogo de Areia promovem o processo individual e oferecem a possibilidade de dar forma visualizável às imagens internas; Permite um palco para o imaginário onde os elementos simbólicos adquirem a configuração de objetos reais que podem ser manuseados e investidos de modo dramático, o espaço do tabuleiro é essencialmente exteriorizador ou expressivo, permitindo a representação simbólica de conteúdos internos.

Fonte: Adaptado de Carvalho, R. (2008). Aquisição de conhecimentos e progressão do sentido pessoal: estratégias criativas e temas em Arte-Terapia. In: *IX Congresso Português de Arte-Terapia*. Porto

As potencialidades simbólicas de cada mediador funcionam como um espelho para clarificar os aspetos do eu, simbolicamente a imagem formada espelha o criador, a pessoa reconhece-se e identifica aspetos mais difíceis de si mesmo, bem como as suas “áreas cegas” (Instituto Superior de Psicologia Aplicada - ISPA, 2014).

Cada mediador artístico tem propriedades únicas e funções terapêuticas específicas, as particularidades de cada material representam simbolicamente traços pessoais e emoções, o manusear do material, a experimentação, a descoberta das suas características e propriedades fazem parte da construção artística. Os recursos e as técnicas são meios de consecução de um fim, que é sempre a expressão pessoal e nunca devem ser convertidos em fins em si mesmos, levando em consideração que não são as técnicas que se exprimem, mas os sentimentos e as emoções da pessoa (ISPA, 2014).

Os diversos mediadores artísticos possuem uma série de características e potencialidades simbólicas e recreativas e a sua escolha deve ser efetuada tendo em conta as mesmas. A utilização e estímulo de expressões não-verbais em contexto terapêutico tem como objetivo promover o desenvolvimento de competências humanas, visa a promoção, o desenvolvimento ou o despertar de capacidades e competências na pessoa, não tendo como intuito a “cura”, nem a mudança da personalidade, sendo por isso, uma terapia que incide sobre o bem-estar físico e emocional do cliente, valorizando “o sentir, a emoção, as memórias, os sentidos” (p.17), em detrimento do discurso verbal (Ferraz et al 2009).

Esta abordagem inspira-se na terapia centrada no cliente de Carl Rogers (1985), sendo a pessoa entendida como um sujeito ativo, participativo e deliberativo em todo o processo e nunca submisso e passivo, o cliente é visto como tendo capacidade de auto direção, dotado de todas as possibilidades de autorrealização, provido de ferramentas internas para o desenvolvimento de suas competências físicas, morais, pessoais, relacionais, sociais, intelectuais e interculturais.

Ainda segundo esta visão, o papel do técnico expressivo vai além da simples dinâmica de grupo, é um papel de coordenação de um processo em que por meio de situações, ações e atividades lúdico-expressivas-criativas propostas, convida a

pessoa a viver o inusitado, para que possa criar novos meios de perceber, agir sobre a realidade e se comunicar com ela, apresentando respostas inovadoras sobre si, os outros e sobre o mundo, fazendo com que este esforço na pesquisa e na busca das novas respostas desencadeie a formação de novos circuitos neurais e sinapses, que se consolidarão lenta e progressivamente, ao longo do processo, desenvolvendo assim, novas competências, mudando a resposta comportamental, sua visão e valores (Ferraz et al, 2009)

2.4. Questões éticas

Os aspetos éticas e deontológicas são os princípios orientadores fundamentais da prática clínica. A preocupação pela defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana e o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes devem pautar a intervenção dos enfermeiros, observando o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2009).

Neste sentido, também o processo e percurso formativo que aqui se relata, obedeceu a esses princípios. Deste modo, todos os clientes que aceitaram participar nas sessões foram esclarecidos sobre o contexto, objetivos e procedimentos e deram o seu consentimento livre e escrito (Apêndice III) tal como preconizado pela carta dos direitos dos utentes (DGS, 2005) bem como o artigo 84º do código deontológico dos enfermeiros sobre o dever de informação (OE, 2009).

Aos participantes foi ainda assegurado a confidencialidade, sigilo e proteção dos dados obtidos, preservando da mesma forma a sua privacidade, (artigo 35º e 36º da carta dos direitos dos utentes internados (DGS, 2005) e o dever de sigilo do enfermeiro (OE, 2009). Assim, os dados aqui apresentados não revelam nomes ou informações passíveis de serem atribuídas a determinado participante. Os participantes foram informados de que, quando se verificasse pertinente, a informação seria partilhada unicamente com intervenientes do seu plano terapêutico e tendo em conta exclusivamente o seu bem-estar, segurança física, emocional e social e os seus direitos.

3. MÉTODO, CONTEXTOS E INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS

Aquando do planeamento das intervenções a desenvolver, houve necessidade de definir os contextos de estágio. A escolha deveu-se fundamentalmente às necessidades que as intervenções a desenvolver impunham. Se por um lado, este surge das inquietações e motivações recorrentes da prática clínica, fazendo sentido que fosse planeado e desenvolvido nesse mesmo contexto para dar respostas às necessidades sentidas, por outro, não se pode ignorar a necessidade de adquirir conhecimentos e desenvolver competências com outros peritos e profissionais especializados no cuidar a pessoa com SDA, que desenvolveram um Plano de Prevenção da Recaída, recorrendo a mediadores expressivos como um das diferentes estratégias de intervenção.

Assim, passa-se a apresentar os métodos, contextos e intervenções desenvolvidas, que foram fulcrais para a concretização das intervenções planeadas.

3.1. Método

O Estágio decorreu em dois contextos, num CRI e numa Unidade de Alcoologia, ambos pertencentes à ARSLVT. O estágio no CRI teve como objetivos pessoais o treino da intervenção especializada em Saúde Mental e Psiquiatria no âmbito do GPR com recurso a mediadores expressivos. Os objetivos específicos foram: a) adquirir conhecimentos e desenvolver atividades terapêuticas de prevenção da recaída b) desenvolver competências de intervenção especializada ao cliente com PLA; b) dinamizar sessões com recurso a mediadores expressivos; c) recolher contributos e aprender técnicas específica de PR que poderiam ser relevantes para o planeamento e desenvolvimento do programa de sessões projetadas para o segundo local de estágio.

Na segunda etapa do estágio pretendeu-se desenvolver intervenções psicoterapêuticas junto da pessoa com SDA com dificuldade em expressar sentimentos e emoções recorrendo a mediadores expressivos.

3.2. Contextos de estágio

Os dois contextos de estágio escolhidos foram de extrema importância para o desenvolvimento do projeto inicialmente planeado. O estágio em contexto ambulatorial foi desenvolvido numa Equipa de Tratamento e o estágio em contexto de internamento foi desenvolvido numa Unidade de Alcoologia.

3.2.1. Centro de Resposta Integradas

O Centro de Resposta Integradas é uma unidade de intervenção que presta cuidados à pessoa com comportamentos aditivos e toxicodependências. Tem como objetivo a prestação de cuidados compreensivos e globais a pessoas com dependências e suas famílias. O modelo de cuidados assenta em intervenções individuais ou em grupo, em regime de ambulatorial. Apresenta como missão a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a redução das toxicodependências.

3.2.1.1. Modelo terapêutico

O modelo terapêutico subjacente assenta na visão holística da pessoa com toxicodependência com o objetivo da sua integração social plena. Conta com uma equipa que inclui psiquiatria, psicologia, enfermagem e serviço social.

Desde finais de 2005 / início de 2006 o modelo terapêutico atual assenta na figura do Gestor de Cuidados, que se revelou um modelo mais flexível, integrador e efetivo nas respostas terapêuticas às pessoas com toxicodependências. Este modelo foi pioneiro, no IDT (agora extinto), no que concerne à participação de enfermeiros. O enfermeiro, tal como os outros técnicos de saúde da unidade, assume o papel de gestor dos cuidados de saúde à pessoa toxicodependente. Atua de forma autónoma e interdependente com os restantes membros da equipa, articulando com a recomendação de serviços, tratamentos/procedimentos e intervenções de outras disciplinas/profissões (Sequeira & Lopes, 2009).

O plano de atividades terapêuticas do CRI consta de várias atividades desenvolvidas em grupo nomeadamente: 1) Grupo de Famílias; 2) Grupo de Prevenção da Recaída- Grupo da Manutenção 3) Grupo de Prevenção da Recaída (GPR). As atividades são desenvolvidas individualmente e em grupo, com base nas dinâmicas de grupo.

O grupo de famílias é desenvolvido quinzenalmente, animado em co-terapia por um enfermeiro e um psicólogo. Tem como objetivos: promover o autoconhecimento; proporcionar a expressão transformadora de sentimentos e vivências; promover a partilha em grupo; dar a conhecer o processo aditivo e sua recuperação e treinar competências para identificar, lidar e antecipar situações de risco. O Grupo de Prevenção da Recaída- Grupo da Manutenção. Apelidado pelos clientes que nele participam como “o grupo da liga dos campeões”. Neste grupo são acompanhadas pessoas com PLA que cumpram os critérios: 1) estar abstinentes há pelo menos 6 meses; 2) ter integrado anteriormente o GPR com êxito (após avaliação dos técnicos responsáveis pelo grupo); 3) aceitar participar. O Grupo de Prevenção da Recaída é desenvolvido em co-terapia por um enfermeiro e uma psicóloga. A finalidade do GPR é a prevenção da recaída, através de uma abordagem integrativa, biopsicossocial e a promoção da abstinência orientada para o processo de mudança que suporte um estilo de vida novo. Os objetivos específicos são: a criação de um espaço seguro de partilha e escuta; promoção da autonomia da pessoa; possibilitar a aprendizagem de novos padrões relacionais e esclarecimento dos já existentes; dotar os clientes de competências para identificar, antecipar e lidar com situações de risco.

Este grupo tem a periodicidade quinzenal e acontece nos três primeiros meses de tratamento. Os clientes contam com acompanhamento clínico paralelo em consultas de enfermagem e outros técnicos. Tem um total de 8 sessões e tem como critérios de admissão: 1) abstinência de álcool ou qualquer outra substância psicoativa; 2) inexistência de co-morbilidade física e/ou psíquica severa; 3) o cliente estar motivado; 4) ser referenciado pelo Gestor de Caso.

O modelo terapêutico do GPR é inspirado no Modelo de PR de Marlatt e Gordon (1992) com base numa abordagem cognitivo-comportamental do processo de recaída. As estratégias de PR centram-se na identificação de emoções, de eventos e situações de risco que podem provocar o lapso ou a recaída, e no treino de competências individuais que possibilitem antecipar e gerir essas situações. As intervenções no âmbito da PR focalizam-se em três dimensões: no nível de autoconhecimento de si próprio e do conhecimento do problema; no nível de estratégias de *coping* e no nível de mudança do estilo de vida (o desafio de uma nova relação consigo, com os outros e com o meio que o rodeia). O GPR recorre também à abordagem motivacional, que assenta na convicção de que o processo de mudança ocorre em presença de uma condição fundamental: a motivação para mudar.

Participar no GPR depende da iniciativa do próprio e/ou da iniciativa do Gestor de Caso. Assegurado este critério, posteriormente é realizada uma entrevista de acolhimento para verificar a presença de critérios para admissão e, celebrado o contrato terapêutico. O cliente é sujeito a um segundo momento de avaliação, onde é verificada a motivação para a mudança através do instrumento SOCRATES 8D vem como é avaliado o grau de alexitimia pela TAS-20. No final da entrevista, e se a pessoa cumprir os critérios de inclusão, é-lhe fornecida informação sobre a calendarização e horário do GPR. Ao longo do programa terapêutico é realizada a monitorização do processo. Como critérios de evolução positiva são considerados os seguintes fatores: a) adesão por parte do cliente ao GPR; b) incidência de recaídas no período em que o programa decorre; c) avaliação e comparação entre o nível motivacional e grau de alexitimia no momento inicial e final de todas as sessões do GPR.

3.2.1.2. O Grupo de Prevenção da Recaída

Animar o grupo de PR constituiu o objetivo central do estágio neste local. A participação no GPR inicialmente ocorreu como observador e posteriormente como animador assumindo a dinamização em co-terapia. Foram planeadas e dinamizadas quatro sessões. Este treino foi importante para posteriormente replicar no segundo local de estágio.

Na tabela que se segue são apresentadas as sessões desenvolvidas no CRI.

Tabela 3. Objetivos, mediadores, materiais e respostas dos clientes do GPR no CRI

Nome da sessão	Objetivos da sessão	Mediador/ recurso técnico artístico/materiais utilizados	Desenvolvimento da sessão	Respostas/reações à sessão
“Antes e agora”	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a identificação por parte do cliente das vantagens e desvantagens do consumo de álcool; - Promover a tomada de consciência dos ganhos da abstinência; 	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão plástica - Colagem - Revistas; jornais; colas e tesouras 	Foi sugerido aos clientes que recortassem de revistas e jornais, imagens ou palavras que demonstrassem o papel que o álcool assumiu nas suas vidas e o papel atual.	<p>Os clientes identificaram como principais danos associados ao álcool: problemas de saúde; problemas laborais; baixa autoestima; solidão e violência.</p> <p>Como ganhos obtidos com a abstinência os clientes identificaram: relações familiares; saúde e amor-próprio.</p>
“Problem as e soluções”	<p>Refletir sobre as emoções que impeliam o consumo de álcool;</p> <p>Identificar estratégias para lidar com essas emoções;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão lúdica - Jogo - Folhas de papel e canetas. 	Foi proposto que os clientes formassem dois grupos em que um deles identificaria as situações de risco para o consumo de álcool, ao outro grupo foi pedido que mediante algumas situações de risco (exemplos de conflitos interpessoais; emoções agradáveis e desagradáveis) identificassem estratégias que lhes poderia ajudar a lidar com essas situações.	<p>Os clientes estiveram empenhados, concentrados e participativos;</p> <p>Na discussão final um elemento voluntariou-se para escrever no quadro da sala as situações de risco e as estratégias para lidar com essas situações;</p> <p>Algumas das situações identificadas como de risco foram: discussões com familiares; discussões no local de trabalho; comer comida picante; morte alguém significativo.</p> <p>Como estratégias foram identificadas algumas como: estar atento aos sentimentos; frequentar grupos de alcoólicos anônimos; consumir bebidas sem álcool (sumos); praticar exercício físico e mudar de rotinas.</p>
“O jogo das escolhas”	<p>Abordar as crenças típicas das pessoas aditas;</p> <p>Desenvolver e treinar habilidades de enfrentamento de situações de risco</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão lúdica; - Jogo; - Cartas com as crenças ligadas à substância; cartas com as estratégias. 	<p>A intervenção foi baseada na dinâmica realizada por Williams, Meyer e Pechansky (2008) junto de pessoas com dependência de drogas.</p> <p>Foi proposto que clientes se organizassem em dois grupos; um ficou com as cartas que continham as crenças ligadas à substância jogando a carta que escolhia, enquanto o segundo grupo escolhia no seu baralho, a carta que continha a estratégia mais adequada para aquela situação.</p>	Os clientes demonstraram grande interesse no jogo, participaram de forma organizada e concluíram autonomamente que todas as cartas poderiam ser usadas para todas as situações, uma vez que as estratégias são todas corretas e a pessoa pode recorrer a elas conforme se identifique.
“A luz”	<p>Promover a tomada de consciência sobre o corpo;</p> <p>Estimular a sensibilidade proprioceptiva.</p>	<p>Expressão corporal /fantasia guiada;</p> <p>Expressão plástica/pintura</p>	<p>Foi realizada uma sessão de relaxamento baseada no treino autogénico Schultz e uma “fantasia guiada”.</p> <p>Numa segunda fase foi proposto ao cliente que pintasse com aquarelas como se estavam a sentir naquele momento.</p>	<p>Todos os clientes pintaram imagens que identificaram como uma viagem à montanha e à praia e descreveram como era esse local.</p> <p>Referiram sentir bem-estar e tranquilidade.</p>

3.2.2. Unidade de Alcoologia

A Unidade de Alcoologia é uma unidade de intervenção local, (do extinto IDT) que atualmente pertencente à ARSLVT, I.P. Integra duas valências, o serviço de ambulatório e o serviço de internamento.

3.2.2.1. Modelo terapêutico

O internamento tem como missão a abstinência total e sustentada do consumo de álcool e outras drogas. O modelo terapêutico assenta num programa de desabitação com base psicoterapêutica, sendo os cuidados prestados numa lógica de tratamento, acompanhamento, reabilitação e reintegração na família/sociedade. Este programa é indicado para pessoas com SDA que não conseguem manter abstinência alcoólica em ambulatório.

O internamento tem como requisito de admissão que o cliente tenha a consciência plena dos seus atos e conhecer e aceitar as normas e regras do internamento. Tem capacidade para 25 clientes (20 homens e 5 mulheres).

As intervenções terapêuticas são estruturadas de acordo com um programa de intervenção psicoterapêutico que é uma adaptação do Modelo Minnesota, baseado em quatro grandes premissas: 1) filosofia dos doze passos; 2) terapia da realidade; 3) conceito de adição; 4) conceito de abstinência de álcool e drogas.

O modelo terapêutico consta de um programa que inclui o internamento decorre durante 4 semanas, podendo ser proposto uma extensão de mais 1 semana. Em cada semana são admitidos no programa entre três a cinco clientes. Geralmente as admissões são à segunda, quarta e quinta-feira, enquanto à terça-feira são dadas as altas programadas. Por conseguinte, o grupo é composto por clientes em diferentes fases do processo do tratamento, clientes que já se encontram internados há 1 semana, 2 semanas, 3 e 4 semanas respetivamente.

Após a alta, o cliente tem oportunidade de receber acompanhamento em grupos terapêuticos. Estes grupos têm a periodicidade quinzenal durante 6 meses. O cliente pode também ser acompanhado em consultas durante 2 anos com o seu médico ou Gestor de Caso

3.3. Intervenções de Enfermagem

As intervenções de enfermagem, desenvolvidas procuraram proporcionar ao cliente as melhores condições possíveis para o ajudar a enfrentar as suas dificuldades, procurou ainda promover no cliente o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida” (Chalifour, 2008 & Rogers, 1983, p. 43). Seguidamente são apresentadas as intervenções desenvolvidas no segundo local de estágio.

3.3.1. Objetivos

Para a segunda etapa de estágio, na Unidade de Alcoologia pretendeu-se desenvolver intervenções psicoterapêuticas junto da pessoa com SDA com dificuldades em expressar sentimentos e emoções, recorrendo a mediadores expressivos.

A intervenção especializada de enfermagem de prevenção da recaída e expressão de sentimentos e emoções com base em mediadores expressivos foi desenvolvida em oito sessões e apelidada de “A Cor do Meu Sentimento”.

O conjunto das sessões foi organizado segundo a lógica sequencial com o intuito de permitir ao cliente aceder a uma nova forma de “olhar” a sua doença e de lidar com ela. Para cada sessão foi concebida uma estrutura e dinâmica assente estratégias de *empowerment*, que permitissem ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de recaída. Pretendia-se ainda promover o autoconhecimento e desenvolvimento pessoal combinando técnicas psicoterapêuticas, técnicas inspiradas no modelo cognitivo-comportamental para facilitar a motivação e

mobilização de estratégias de *coping* adaptativas e novas formas de resolução de problemas aliada ao uso de mediadores expressivos (Rangé & Marlatt, 2008)

Tendo em conta que os participantes são os clientes, de ambos os géneros, internados na UA, optou-se por um grupo aberto. Por um lado, para possibilitar acolher a entrada e saída de clientes a cada semana, por outro, para adequar esta intervenção à dinâmica de funcionamento do modelo vigente nesta unidade.

Definiu-se como critério de inclusão para participar nas sessões, o consentimento e motivação. Como critérios de exclusão definiu-se: 1) presença de défices cognitivos que dificultassem o discurso lógico-dedutivo; 2) ser analfabeto; 3) perturbações psicóticas em fase ativa; 4) desorientação tempo-espacial e confusão; 5) disfunção notória a nível verbal que impedisse a comunicação.

3.3.2. Avaliação inicial

A avaliação diagnóstica é segundo Benner (2001) um dos domínios da prática de enfermagem. Nesse sentido foi realizado a avaliação inicial em enfermagem antes do início da primeira sessão, ou seja, cada cliente antes de iniciar a sua participação nas sessões foi sujeito a uma entrevista individual, com os seguintes objetivos: 1) facilitar o acolhimento e apresentação pessoal; 2) apresentação "A Cor do Meu Sentimento" e horários de funcionamento; 3) motivar o cliente para as sessões; 4) recolher o consentimento informado dos clientes; 5) aplicação dos instrumentos de avaliação.

No momento da avaliação diagnóstica foram usados vários instrumentos, que se utilizaram também no final da intervenção. Os instrumentos utilizados no momento inicial (*m* 0) foram aplicados a todos os clientes que participaram ao longo das sessões e foram: 1) questionário de informação relativo às características socio-demográficas do cliente; 2) SOCRATES 8D²; 3) TAS-20³. Assim, a todos os clientes

² Escala que avalia a motivação para a mudança, através de estádios representados pelos fatores (reconhecimento do problema, ambivalência e ação), que remetem para as características motivacionais associadas à mudança e ao tratamento dos comportamentos aditivos (Janeiro et al, 2007).

que participaram nas sessões foram aplicados estes instrumentos, independentemente de terem participado em uma sessão ou nas oito sessões.

3.3.3. O Grupo de Prevenção de Recaída - A Cor do Meu Sentimento

A intervenção de Prevenção da Recaída foi concebida com base no programa de prevenção da recaída do CRI e a revisão da literatura levada a cabo para o efeito. Constaram de oito sessões, com a duração de 90 minutos, cada sessão. Teve início no dia 8 Janeiro de 2015 e terminou a 30 do mesmo mês. A abordagem terapêutica combinou técnicas de terapia cognitiva comportamental, recorrendo ao modelo de prevenção da recaída de Marlatt e Gordon (1985), dinâmicas de grupo e técnicas expressivas. O diagrama da Figura 3 apresenta o processo de avaliação, no momento inicial (m_0), ao longo das sessões e uma avaliação final (m_1).

Figura 1. Estrutura do Grupo de Prevenção da Recaída – A Cor do Meu Sentimento

momento inicial (m_0)	Indicadores de resultado						momento final (m_1)
- TAS-20 - SOCRA TES 8D - Questionário De Informação S/D	- Grelha De Observação Da Sessão; - Questionário De Satisfação Da Sessão.						- TAS-20 - SOCRA TES 8D
1ª “Os Sentimentos e as Emoções”	2ª “O Cubo Dos Sentimentos”	3ª “O Que É O Alcoolismo?”	4ª “Balança Decisional”	5ª “Como Eu Sou”	6ª “Eu e o meu Corpo”	7ª “As Estratégias”	8ª “A Despedida”

³ Instrumento de auto-avaliação que permite avaliar a presença de características alexitímicas (Prazeres, Parker & Taylor, 2000).

No final das oito sessões foram aplicados os seguintes instrumentos SOCRATES 8D e TAS-20. Estes instrumentos aplicados no momento final (*m 1*) foram aplicados apenas aos clientes que participaram em todas as oito sessões.

Todas as sessões foram estruturadas do seguinte modo: 1º momento de introdução/apresentação dos objetivos para a respetiva sessão; no 2º momento recorria-se ao “quebra-gelo”; no 3º momento decorria a dinâmica de grupo com recurso a um ou vários mediadores expressivos; e por fim era realizada a avaliação e encerramento da sessão.

Seguidamente a Tabela 4 apresentada a estrutura das sessões do Grupo de Prevenção de Recaída - A Cor do Meu sentimento”.

Tabela 4. Estrutura das sessões do Grupo de Prevenção da Recaída - A Cor do Meu Sentimento

Título	Objetivos	Desenvolvimento da sessão	-Mediador expressivo -recurso técnico -materiais
“Os sentimentos e as emoções”	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do programa de sessões; - Aumentar conhecimento por parte dos participantes acerca dos sentimentos e emoções e importância do seu reconhecimento; - Clarificação das regras de funcionamento do grupo; - Promover o debate e clarificação de conceitos e facilitar a compreensão. 	<p>Apresentação acerca da importância e significado de sentimentos e emoções, com recurso a um trecho de um vídeo;</p> <p>Em dois subgrupos os clientes discutiram as regras que consideravam importantes existir para o “bom” funcionamento do grupo;</p> <p>Foi desenvolvido um debate acerca das regras de funcionamento do grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão lúdica; - Jogo; - Vídeo de António Damásio; folhas de papel A4; canetas.
“O cubo dos sentimentos”	<ul style="list-style-type: none"> -Desenvolver a capacidade de identificar sentimentos e o auto-conhecimento. 	<p>Cada face do cubo continha um sentimento;</p> <p>O cliente foi convidado a lançar o cubo e, mediante o sentimento que saísse partilhava uma situação em que estivesse presente esse mesmo sentimento.</p> <p>O sentimento mais partilhado foi a tristeza. Foram partilhadas algumas histórias pessoais com elevada carga emocional. Alguns clientes choraram; outros clientes sugeriram formas que eles achavam que podiam ajudar o cliente que estava a partilhar a sua “história de vida”.</p> <p>No final houve clientes que referiram “sentir-se mais aliviado” (sic).</p> <p>Uma das faces do cubo tinha escrito “sentimento à escolha”, sendo que o cliente poderia escolher qualquer sentimento; o sentimento maioritariamente escolhido nessas situações foi a tristeza. No encerramento da sessão os clientes identificaram como o maior dano do álcool nas suas vidas, por um lado a tristeza que ele já lhe causou, e por outro, o recurso ao álcool para “esquecer” (sic) acontecimentos de vida penosos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão lúdica; - Jogo; - “Cubo dos sentimentos”.
“ O que é o alcoolismo?”	<ul style="list-style-type: none"> - Consciencialização da doença; - Desmistificação falsos 	<p>Foi sugerido que cada cliente recortasse de revistas e jornais palavras, frases ou imagens que traduzissem o que para eles era o alcoolismo;</p> <p>Verificou-se que as imagens mais utilizadas pelos clientes foram imagens de famílias.</p> <p>Quanto às palavras, as mais comuns foram: destruição; fúria; raiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Expressão plástica; - Colagem; - Revistas;

	conceitos relativos ao álcool.	<p>Uma cliente partilhou que iniciou os seus consumos de álcool para ficar desinibida durante a relação sexual. Houve dois outros clientes que se identificaram com a colega. Juntos discutiram alternativas para essa situação.</p> <p>Um cliente através das imagens e palavras que tinha colado na sua cartolina partilhou a sua história desde o início dos consumos (na adolescência) até ao momento atual. Na parte inferior da cartolina colou a palavra esperança. O grupo escolheu como mensagem final da sessão a “Esperança”</p>	jornais; tesouras; cola; cartolinas.
“Balança decisional”	-Análise, discussão e identificação das vantagens e desvantagens referentes ao consumo de álcool.	<p>Foi proposto que em papel de cenário pintassem uma balança e posteriormente colocassem num lado as vantagens e do outro as desvantagens.</p> <p>No final verificou-se qual o lado mais importante para o cliente, ou seja, o prato da balança mais pesado.</p> <p>No lado mais leve do prato da balança continha palavras como: autoridade; alegria; prazer; força física; e desinibição. O lado mais pesado da balança tinha as seguintes palavras: tristeza; isolamento; sofrimento; solidão; doença e angústia.</p> <p>Depois de criação estar afixada o grupo debateu o que era mais importante e chegaram à conclusão que o que de positivo o álcool lhes trazia não compensava as consequências e danos que provocava na sua vida.</p>	<p>- Expressão plástica;</p> <p>- Pintura;</p> <p>- Pastéis de óleo; papel de cenário; marcadores.</p>
“Como eu sou”	-Identificação de características pessoais; -Promoção do auto-conhecimento.	<p>Cada cliente realizou um desenho livre numa das folhas;</p> <p>Posteriormente cada um oferecia a sua criação a um colega;</p> <p>Depois de todas as criações trocadas os clientes poderiam realizar na segunda folha outro desenho livre, alusivo ou não à pintura do colega;</p> <p>Terminado o tempo estipulado cada participante voltava a receber a sua criação inicial que poderia, se quisesse, completar;</p> <p>Após completar o desenho os clientes foram convidados a trocar impressões com o colega com o qual tinha trocado a criação;</p> <p>Por fim, partilhavam com o grupo alargado como se sentiram a partilhar a sua criação com o outro, ao receber a criação e pintar sobre ela e ver a sua criação ser manuseada e alterada por outra pessoa;</p> <p>Após identificação de como se sentiram neste processo foi pedido que refletissem se as características pessoais que identificaram poderiam levar a reações emocionais excessivas e que estratégias poderiam usar para as evitar.</p> <p>Os clientes referiram que tinham-se apercebido de algumas características que anteriormente não tinham notado, tais como: dificuldade em partilhar com os outros algo; medo do que o colega poderia fazer com a sua pintura; dificuldade em terminar no tempo estipulado e essa associação com a dificuldade em cumprir limites e regras.</p> <p>Houve um cliente que não desenhou no desenho do colega limitando-se a completar o seu desenho quando voltou para ele. O grupo sugeriu a esse cliente que talvez ele tivesse dificuldade em interagir com os outros, ele acabou por identificar que ao longo da sua vida foi “egoísta” (sic). Foi discutido em grupo como ele poderia “abrir-se mais para os outros” (sic),</p>	<p>- Expressão plástica;</p> <p>- Pintura;</p> <p>- Aguarelas;</p> <p>folhas A3 (duas folhas para cada cliente - previamente unidas); fita-cola; pincéis; água; toalhetes.</p>

		referiram ainda que “isso lhe ia trazer maior bem-estar”(sic).	
“Eu e o meu corpo”	<ul style="list-style-type: none"> -Promover a tomada de consciência sobre o corpo; - Estimular o autocontrole e bem-estar; - Estimular a sensibilidade propriocetiva; -Promover o relaxamento. 	<p>Aplicado a técnica de relaxamento autogénico seguido de uma “fantasia guiada”;</p> <p>Sugerido que moldassem em argila como se estavam a sentir naquele momento;</p> <p>Integração da experiência vivida em grupo;</p> <p>Resignificação dos pensamentos e sentimentos despoletados pela produção da “criação”.</p> <p>As “criações” eram predominantemente de elementos ligados à natureza. Os clientes referiram que aquela imagem representava uma “nova vida sem álcool” (sic) e que queriam levar aquele objeto consigo para nos “momentos mais difíceis” (sic) olharem para ele e lembrarem-se que são capazes de conseguir a “sobriedade” (sic).</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Expressão corporal; -Fantasia guiada; -Expressão plástica; -Modelagem; - Argila.
“As estratégias”	<ul style="list-style-type: none"> .Desenvolver a capacidade de identificar situações de risco de recaída; - Desenvolver estratégias de <i>coping</i> para gerir situações potenciadoras de recaída 	<p>Foi proposto que clientes se organizassem em subgrupos; um ficou com as cartas que continham as crenças ligadas à substância jogando a carta que escolhia, enquanto o segundo grupo escolhia no seu baralho, a carta que continha a estratégia mais adequada para aquela situação.</p> <p>Surgiu um debate acerca das cartas mais adequadas, isto porque cada cliente identificava-se de forma diferente com cada carta. Em grupo chegaram à conclusão que todas as cartas eram possíveis de ser jogadas porque cada pessoa é diferente e como tal “o que funciona para uma pessoa não funciona para outra pessoa” (sic).</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Expressão lúdica; - Jogo; - Cartas;
“ A despedida”	<ul style="list-style-type: none"> -Promover a tomada de consciência da cronicidade da doença; -Reflexão acerca das competências e dos conhecimentos desenvolvidos ao longo das sessões. 	<p>No quebra-gelo os clientes foram convidados a deambular e dançar ao som de música animada, ao mesmo tempo que escreviam nas costas dos colegas (que tinha um folha de papel colada) as características pessoais positivas que consideravam que essa pessoa tinha. O desafio final era que cada cliente, consoante a identificação das suas características positivas, descobrisse a folha que lhe dizia respeito.</p> <p>No momento seguinte os clientes foram convidados a ler e refletir acerca da “Lenda de Ícaro”, se se identificavam com a mesma e a razão para isso, tendo o intuito de identificar como o cliente/Ícaro poderia fazer para não ocorrer aquele desfecho.</p> <p>Alguns clientes verbalizaram que esta lenda “tinha tudo a ver” (sic) com eles, identificaram o excesso de confiança como “uma armadilha da recaída” (sic). Dois clientes que já tinham vivido uma recaída partilharam a sua história com os colegas e juntos discutiram estratégias para evitar a recaída. Os clientes mostraram-se bastante satisfeitos com a sua “folha de características positivas” , agradeceram uns aos outros pelas palavras que escreveram sobre si. A mensagem final partilhada foi de confiança, de “acreditar no que de bom cada um tem” (sic)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Expressão literária; -lenda; -“Lenda do Ícaro”.

3.3.4. Indicadores de resultado

No final de cada sessão foram monitorizados os indicadores de processo para todos os participantes, presentes nessa sessão, através de dois instrumentos, um questionário que continha quatro perguntas, abertas, acerca de qual o sentimento que tinha marcado mais o cliente ao longo da sessão; como se sentia antes e após a sessão e que aprendizagens tinha obtido que o poderia ajudar (Apêndice II).

O outro instrumento de monitorização do processo das sessões, foi efetuado, ao longo de todas as oito sessões através de uma grelha de observação (com base nos indicadores da Classificação dos Resultados de Enfermagem NOC, 2010) (Figura 1). Foram avaliados de forma quantitativa a dificuldade com que o cliente realizou as intervenções e a sua maior capacidade progressiva em expressar sentimentos (Apêndice III).

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados que irão ser apresentados neste capítulo resultaram da aplicação dos instrumentos que se considerou que melhor respondiam aos objetivos delineados. O momento inicial que corresponde ao início de “A Cor do Meu Sentimento” é designado também por (*m* 0). O momento final, também designado por (*m* 1) corresponde ao final das intervenções, ou seja, o momento após as oito sessões.

4.1. Caracterização dos Clientes do Grupo - A Cor do Meu Sentimento

A Tabela 5 apresenta a caracterização sociodemográfica dos clientes que participaram no grupo - A Cor do Meu Sentimento

Tabela 5. Caracterização sociodemográfica dos clientes do Grupo de Prevenção da Recaída

Caraterização Sociodemográfica	N	%
Género		
Masculino	19	67,86
Feminino	9	32,14
Idade		
31-39	2	7,15
40-50	10	35,71
51-60	13	46,43
61-70	3	10,71
Escolaridade		
1º ciclo	8	28,57
2º ciclo	6	21,43
3º ciclo	1	3,57
Ensino secundário	9	32,14
Licenciatura	4	14,29
Total *	28	100%

* Total dos participantes no Grupo A Cor do Meu Sentimento

Participaram em “A Cor do Meu Sentimento” um total de 28 clientes, 9 mulheres e 19 homens. No entanto, apenas 5 clientes participaram em todas as sessões. O número mínimo de clientes em cada sessão foi 16 e o máximo foi 20. Ao longo das sessões quatro clientes tiveram que abandonar o grupo devido a incumprimento de regras inerentes ao internamento e dois clientes passaram a ter critérios de exclusão. Os resultados obtidos relativos à aplicação dos instrumentos no *m 0* foram aplicados no total de participantes.

Verifica-se que a maioria dos clientes que participaram no é do género masculino. A idade variou entre os 31 e os 70 anos. 32,14 % tinham como escolaridade o ensino secundário.

4.1.1. Motivação para a mudança

Relativamente à motivação para a mudança na Tabela 6 apresenta-se os resultados obtidos pela aplicação da SOCRATES 8D aos participantes.

Tabela 6. Níveis de motivação para a mudança - SOCRATES 8D, no total de participantes

SOCRATES 8D	n=28	Mínimo	Máximo	Média	DP
Reconhecimento do problema		6	30	26,93	4,63
Ação		11	35	30,93	5,11
Ambivalência		4	20	14,64	3,84

A análise da Tabela 6 à subescala reconhecimento do problema, mostra que em média (26.93), os clientes do grupo apresentam valores acima do percentil médio (26.0)⁴, o que revela que os clientes têm capacidade de *insight* em relação ao consumo de álcool, reconhecem os problemas relacionados com o seu consumo. Foi visível esse reconhecimento no grupo aquando da realização do questionário inicial pela expressão de desejo de mudança que demonstravam.

⁴ Segundo guia de interpretação da escala SOCRATES 8D- Anexo II

Na subescala ação a média (20.93) situa-se abaixo do percentil 50 (33), considerado baixo, o que significa que a pessoa não está a fazer nada para mudar em relação ao seu consumo de álcool e que portanto não obteve nenhuma mudança a esse nível; este resultado poderá deixar abertura para reflexão, poderá ser explicado pelo facto de durante as sessões os clientes verbalizarem que a grande mudança que fizeram ser a procura do internamento.

Relativamente aos resultados obtidos com a subescala ambivalência a tabela 6 mostra que os clientes, em média (14.64), situam-se abaixo do percentil médio (15.0) contudo, como o fator reconhecimento do problema encontra-se acima do percentil médio isto significa que os clientes sabem que o seu consumo está a causar problemas.

4.1.2. Dificuldade em expressar Sentimentos e Emoções

Relativamente avaliação da presença de alexitimia foi usada a escala TAS-20 nos clientes do GPR. A figura 2 apresenta os resultados da aplicação da TAS-20.

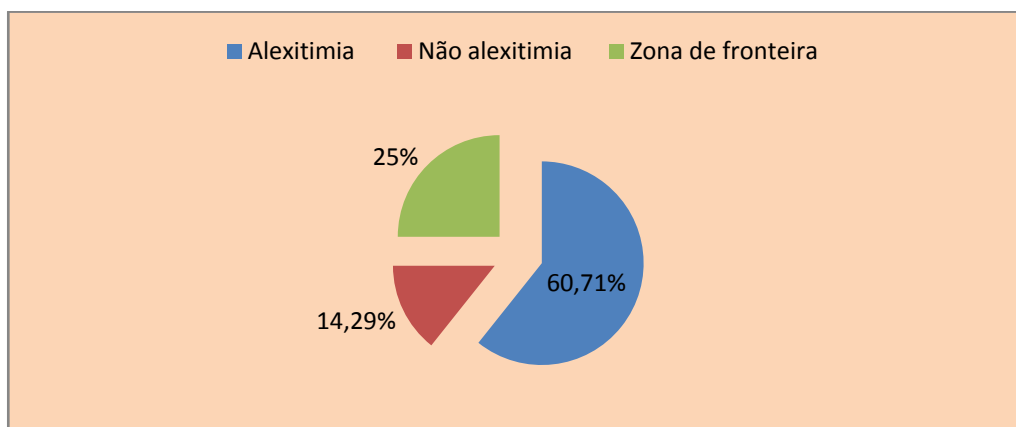


Figura 2. Distribuição da alexitimia da TAS- 20 no total de clientes

Os resultados obtidos com a TAS-20 mostram que 60,71% dos participantes (19) apresentam alexitimia, 25 % (7) situam-se na zona de fronteira e a menor percentagem 14,29% (4) não apresentam dificuldade em expressar sentimentos e emoções. Estes resultados estão em linha com o que a literatura defende, que grande parte dos clientes com SDA são alexitímicos.

4.2. Avaliação do grupo de Prevenção da Recaída – A Cor do Meu Sentimento

Ao longo das oito sessões os clientes foram verbalizando sentimentos tais como: “alegria, partilha” (sic), “tranquilidade” (sic), que possuíam “maior consciência do alcoolismo como doença” (sic) e que aprenderam a “desenvolver estratégias que podem ajudar na prevenção da recaída” (sic).

Os clientes referiram também, que no final da sessão se sentiam “mais tranquilos” (sic), “com mais motivação e coragem” (sic), satisfeitos e melhor consigo próprio. Relativamente às aprendizagens os clientes referiram que aprenderam que “expressar os seus sentimentos torna tudo mais fácil” (sic). Todos referiram ser capazes de comunicar de forma mais assertiva, estarem elucidados sobre as vantagens e desvantagens de consumir álcool, reconhecer falsos conceitos e estar atento aos sentimentos que podem levar à recaída.

4.2.1. Motivação para a Mudança – SOCRATES 8D

Relativamente à avaliação da motivação para a mudança, foi usado a SOCRATES-8D. As Figuras 3; 4 e 5 mostram a evolução da motivação para a mudança no momento inicial (*m* 0) e momento final (*m* 1), através das subescalas que compõem a SOCRATES-8D.

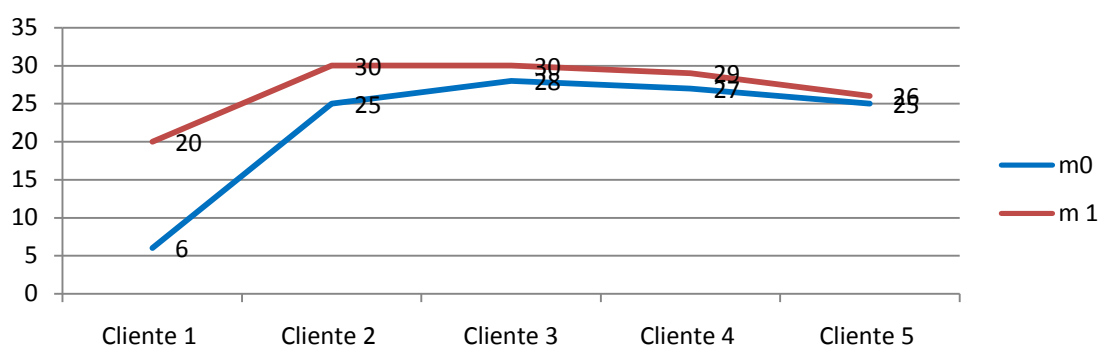


Figura 3. Comparação scores de SOCRATES 8D- Subescala “Reconhecimento do Problema” no *m* 0 e *m*1

A Figura 3 apresenta os resultados obtidos na subescala “Reconhecimento do Problema” da SOCRATES 8D. A subescala “Reconhecimento” tem um intervalo que varia entre 6 e 30. Pontuações altas significam que existe um reconhecimento dos problemas relacionados com o álcool, que a pessoa espera que a situação se agrave se nada fizer e demonstra tendência a expressar o desejo de mudança. Destaca-se que pontuações baixas indicam a ausência de desejo de mudança, negação das consequências do consumo e rejeição de diagnósticos tais como “problemas com álcool” ou “alcoólico” (Janeiro et al, 2007).

Os resultados obtidos pela aplicação da SOCRATES 8D antes e no final “A Cor do Meu Sentimento” o grupo mostra um aumento do reconhecimento do problema, embora o incremento não seja tão acentuado em todos. O cliente 1 e o cliente 2 no (*m 0*) apresentavam *scores* baixos, abaixo do percentil médio (26.0), o que indica ausência de desejo de mudança e negação das consequências do álcool. No *m2* o cliente 1 apresentava ainda um baixo reconhecimento do problema (embora com um aumento do mesmo), já o cliente 2 passou a ter um alto reconhecimento do problema, acima do percentil médio. O cliente 5 no momento inicial tinha também um baixo reconhecimento do problema e teve um ligeiro aumento no final, situando-se no percentil médio. O *score* apresentado pelo cliente 4 permite afirmar que o mesmo possuía um reconhecimento do problema acima do percentil médio, no momento (*m 1*) apresenta um ligeiro aumento. Por último, o cliente 3 que no momento (*m 0*) obteve níveis mais elevados de reconhecimento do problema apresenta também um aumento, sendo que, no momento final (*m 1*) passou a ter um nível muito alto de reconhecimento.

A Figura 4 apresenta os resultados obtidos na subescala “Ação” da SOCRATES 8-D dos clientes que participaram em “A Cor do Meu Sentimento” no momento inicial (*m 0*) e no final (*m 1*).

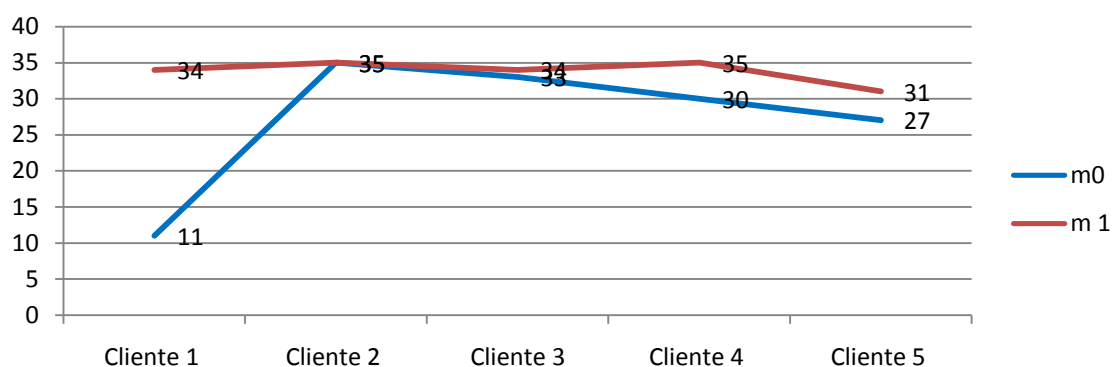


Figura 4. Comparação scores de SOCRATES 8D- Subescala “Ação” no *m0* e *m1*

As pontuações na subescala “Ação” variam entre o intervalo de 7 e 35. Pontuações baixas nesta subescala indicam que a pessoa não está a agir para mudar em relação ao seu consumo de álcool e portanto não obteve nenhuma mudança a esse nível recentemente. Esse resultado permite-nos situar a esse nível o cliente 1 (em maior grau, não apresenta ação), o cliente 5 e embora com score mais elevado, o cliente 4. O cliente 3 encontra-se no percentil médio (33.0).

No momento final (*m 1*) os clientes 1, 3 e 4 apresentaram níveis altos de ação. O cliente 5 obteve um incremento no *score* nesta escala, embora continue a situar – se abaixo do percentil médio. O cliente 2 foi o único que não teve alteração do *score* da escala, contudo era também o que desde o momento inicial tinha um nível muito alto de ação.

Em síntese, a análise da figura 4 permite constatar que houve um aumento dos *scores* em todos os clientes. O cliente 1 no momento inicial (*m 0*), encontrava-se no estado pré-contemplativo, ou seja, “não reconhece o problema e não atua para mudar” e passou à fase da manutenção (não reconhece o problema, mas atua). O cliente 2 encontrava-se no momento inicial (*m 0*) no estágio de manutenção e passou ao estágio de ação (reconhece o problema e atua). O cliente 3 encontrava-se no momento inicial (*m 0*) no estágio de ação e no momento final (*m 1*) manteve-se no mesmo estágio. Já o cliente 4 encontrava-se no momento inicial no estágio contemplativo (reconhece o problema mas não atua) e passou ao estágio de ação. Por último o cliente 5 passou do estágio pré-contemplativo para o estágio contemplativo.

A Figura 5 apresenta os resultados obtidos na subescala “Ambivalência” da SOCRATES 8-D dos clientes que participaram em “A Cor do Meu Sentimento” no momento inicial (*m 0*) e no final (*m 1*).

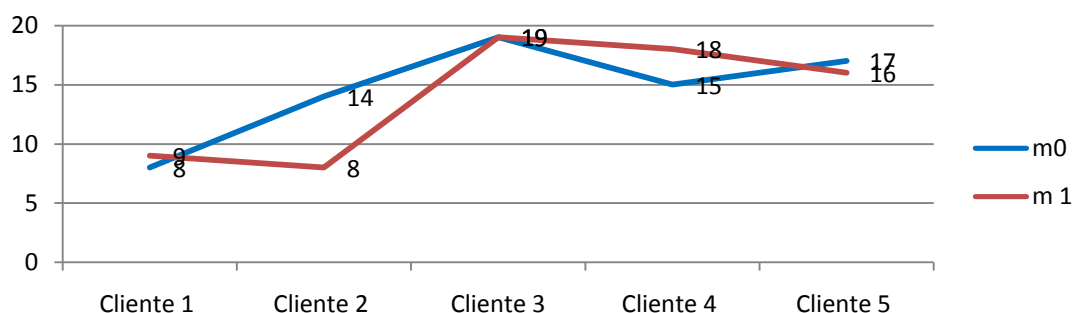


Figura 5. Comparação scores de SOCRATES 8D- subescala “Ambivalência” no *m0* e *m1*

A análise da Figura 5 mostra que o cliente 1 e 2 possuíam níveis baixos de ambivalência no momento inicial (*m 0*) (9 e 14 respectivamente), abaixo do percentil médio (15.0). Verifica-se que uma redução do *score* no momento final (*m 1*). Os clientes 3 e 5 possuíam níveis muito de altos de Ambivalência 19 e 17 respectivamente). Este resultado, indica que, por vezes, a pessoa se questiona acerca da sua capacidade para controlar o seu consumo, quantidade e dependência do consumo e sobre o impacto do consumo sobre as outras pessoas. No momento final (*m 1*) os clientes ainda se mantinham muito ambivalentes, embora com uma ligeira diminuição no cliente 5. Estes valores elevados na ambivalência demonstram alguma reflexão e abertura à mudança.

De todos os 5 clientes, o cliente 4 foi o que apresentou uma evolução negativa. No momento inicial (*m 0*) encontrava-se no percentil médio (15.0) e no momento final (*m 1*) teve um aumento da ambivalência (18), passando para níveis muito altos. Este resultado pode indicar que o cliente no momento da alta ainda se questionava se era capaz de controlar o seu consumo de álcool.

4.2.2. Alexitimia – TAS-20

Uma vez que apenas 5 clientes estiveram presentes em todas as 8 sessões, apresentam-se de seguida os resultados relativos ao grupo de clientes que participaram nas 8 sessões.

A Figura 6 apresenta os resultados obtidos com a aplicação das TAS-20 no momento inicial (*m 0*) e no momento final (*m 1*) relativamente aos 5 clientes que participaram em todas as sessões.

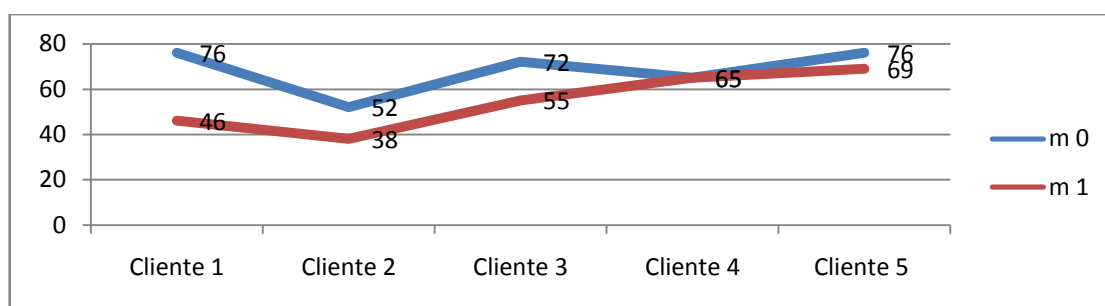


Figura 6. Score da dificuldade em expressar sentimentos e emoções da TAS-20 no *m0* e *m1* dos clientes que participaram nas 8 sessões

Da análise da Figura 6, verifica-se que houve uma redução do valor da TAS-20. Apenas um cliente manteve o *score*. Este resultado indica uma evolução positiva dos clientes em relação à capacidade de expressar sentimentos e emoções para quatro clientes.

4.2.3. Indicadores de processo

A monitorização das sessões foi realizada com base em dois instrumentos: 1) “Questionário de Avaliação de Satisfação” (Apêndice II); 2) “Grelha de Observação da Sessão” (Apêndice III).

4.2.3.1. Satisfação dos clientes

Relativamente à avaliação da satisfação dos clientes ao longo das sessões, foi usado um questionário com perguntas abertas. O cliente foi questionado acerca do sentimento que o tinha marcado na sessão, como se sentia no início e no final da

sessão e o que tinha aprendido que o poderia ajudar. A Tabela 7 apresenta algumas das respostas dos clientes a este questionário.

Tabela 7. Satisfação dos clientes que participaram nas oito sessões do GPR - A cor do meu Sentimento

Sessão	Cliente	Satisfação do Cliente
“Os sentimentos e as emoções”	1	“Gostei muito; é diferente; pudemos discutir regras” (sic).
	2	“Ainda bem que definimos as regras do grupo, é muito importante as pessoas perceberem os limites uns dos outros” (sic).
	3	“Achava que sentimentos e emoções eram a mesma coisa” (sic)..
	4	“Estar em grupo ajuda-me muito; vou conseguir fazer diferente” (sic).
	5	“Achei interessante; pensava que só eu me sentia assim” (sic).
“ O cubo dos sentimentos”	1	“Senti-me bem porque não tinha feito nada assim” (sic).
	2	“No início da sessão sentia-me triste mas no final sinto-me tranquilo; aprendi a partilhar, técnicas para controlar os impulsos, a raiva; ponderar, pensar, e autoavaliar-me em tudo” (sic).
	3	“O sentimento que me marcou foi a tristeza, sentia-me triste no início da sessão mas no final sentia-me feliz; aprendi que este bem-estar que sinto nestas sessões também me ajuda” (sic).
	4	“Senti união e força de vencer, estava expetante no início da sessão e mais confiante no final; aprendi a partilhar as experiências de vida, essa partilha ajuda-me nesta doença” (sic).
	5	“Sentia-me triste no início da sessão e no final contente. Aprendi com as pessoas a falar; vi que não sou o único a ter este problema” (sic).
“ O que é o alcoolismo?”	1	“Aprendi mais sobre a doença. Antes achava que poderia voltar a beber como os outros” (sic).
	2	“O que mais me marcou foi a semelhança de algumas partilhas”(sic).
	3	“Senti paz de espírito; sentia-me bem no início da sessão e no final sentia-me mais capaz de a compreender-me; Sozinhos não conseguimos vencer o álcool” (sic).
	4	“Sentia-me apreensivo no início da sessão e aliviado e comovido no final; aprendi que com o álcool não se brinca” (sic).
	5	“No final sentia-me mais alegre e satisfeito” (sic).
“Balança decisional”	1	“Aprendi muito sobre o que faz mal” (sic).
	2	“Marcou-me pensar sobre as minhas emoções e sentimentos; aprendi a ser moderado, tolerante, resolver conflitos internos” (sic).
	3	“O sentimento que mais me marcou foi a união; Estava curioso no início da sessão e no final sentia-me alegre e contente; aprendi a pedir desculpa a alguém que fiz sofrer” (sic).
	4	“Estava apreensivo no início da sessão; senti o prato da balança mais leve; o que mais me marcou foi a partilha do grupo; senti a mochila mais leve, autoestima mais elevada”(sic).
	5	“No final sentia-me satisfeito; aprendi a melhor deixar o álcool” (sic).
“Como eu sou”	1	“marcou-me a liberdade; antes da sessão sentia-me pessimista e triste” (sic).
	2	“O que mais me marcou foi a partilha; senti-me relaxado” (sic).
	3	“Aprendi a partilhar “(sic).

Tabela 7 (continuação)		
	4	“Dar continuidade ao desenho do companheiro; senti-me confiante e tranquilo; o dar e receber; só se consegue completar algo com a ajuda do outro” (sic).
	5	“Senti-me relaxado nesta sessão” (sic).
“Eu e o meu corpo”	1	“Senti muita paz e um relaxamento total; no início sentia ânsia para voltar para casa e no final sentia-me muito bem” (sic).
	2	“No início estava tenso e pensativo e no final estava tranquilo; aprendi que relaxar é possível; gostei particularmente desta sessão” (sic).
	3	“Marcou-me a paz de espírito que consegui ter nesta sessão; no final estava contente com o meu trabalho” (sic).
	4	“Marcou-me a serenidade, paz, iluminação e luz” (sic).
	5	“Aprendi a relaxar e a pensar mais em mim” (sic).
“As estratégias”	1	“Senti-me bem; aprendi a não beber” (sic).
	2	“O que aprendi nesta sessão foram as estratégias; evitar antigos percursos, amigos do copo; pensamento positivo; a pensar antes de agir e a ser muito mais responsável” (sic).
	3	“Aprendi muitas estratégias para quando sair não beber” (sic).
	4	“Aprendi a controlar a possível recaída e tentar não beber” (sic).
	5	“No início estava bem e no final estava mais esclarecido” (sic).
“A despedida”	1	“Gostei da interação do grupo e das Sras. Enfermeiras” (sic).
	2	“Senti-me bem a dar e receber” (sic).
	3	“Antes da sessão estava curioso, no final estava contente, alegre e feliz” (sic).
	4	“No final estava sereno; aprendi a não cair em tentações até porque já sabemos o que nos espera no labirinto da vida lá fora”(sic).
	5	“Aprendi que não devo beber o primeiro copo” (sic).

No questionário, genericamente, os clientes responderam que a intervenção foi de “encontro aos seus objetivos” (sic) (cliente 3). Referiram ainda ter sentido “alegria, tranquilidade e partilha” (sic) (cliente 2). Relativamente às aprendizagens partilharam que percurso desenvolvido lhes ajudou a ter “maior consciência do alcoolismo como doença” (sic) (cliente 1) e que aprenderam a “desenvolver estratégias que podem ajudar na prevenção da recaída” (sic) (cliente 5).

4.2.3.2. Expressão de sentimentos – NOC

No que diz respeito à avaliação das sessões foi utilizado como instrumento uma grelha de observação com base nos indicadores de expressão de sentimentos - NOC . Esta grelha permite fazer o somatório (Apêndice II) da presença de indicadores como: a) identificação de sentimentos e emoções; b) expressão de

sentimentos e emoções; c) verbalização de sentimentos e emoções; c) coerência na expressão emocional; d) expressão de forma espontânea; e) capacidade de identificar o sentimento do outro; f) participação; g) receptividade; h) comunicação; i) imaginação; j) criatividade; k) autenticidade; l) confiança; m) envolvimento; n) positividade; o) interação com o grupo; p) auto-conhecimento. O score mínimo pode ser de 18, o máximo de 90 e o *score* médio de 54. Quanto mais elevado o *score* obtido mais elevado é o nível de participação do cliente na sessão.

A Figura 7 apresenta os resultados referentes à expressão de sentimentos dos 5 participantes, obtidos pela aplicação da “Grelha de Observação” (Apêndice III).

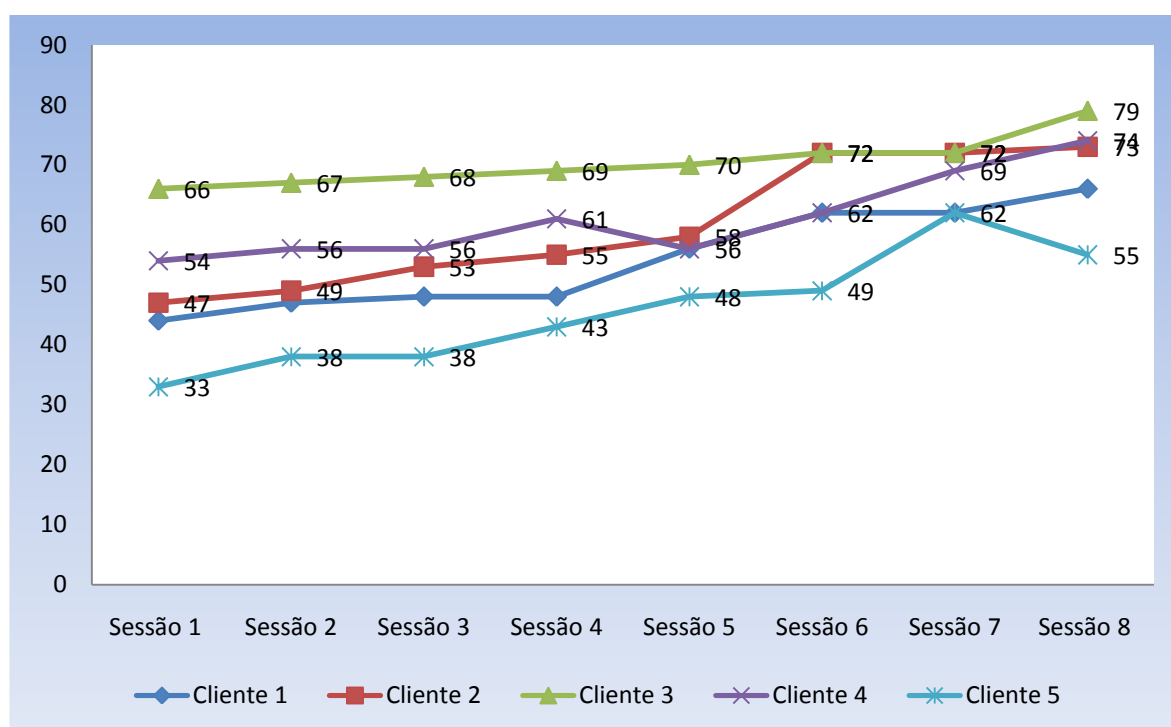


Figura 7. Scores da “Grelha de Observação”, dos 5 clientes, ao longo das 8 sessões.

Verifica-se para todos uma evolução positiva. Verificou-se um incremento da participação e envolvimento ao longo das sessões. Em alguns clientes foi possível observar dificuldades em interagir e partilhar com o grupo, dificuldade essa, que foi diminuindo ao longo das sessões.

5. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Com o desenvolvimento deste estágio, pretendia-se adquirir competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria. Para tal, foram planeadas e desenvolvidas intervenções especializadas com o intuito de prestar cuidados de enfermagem de nível mais elevado de complexidade.

Sentiu-se um constrangimento inicial, o de assumir novamente o papel de “estagiário”. Esse papel acarreta algumas inseguranças, contudo, seguiu-se a ambição de se tornar enfermeira perita e por isso, com capacidade de compreensão e experiência, que permite responder com grande objetividade, segurança, rapidez e competência às exigências de cuidados de elevado nível de complexidade e especificidade Benner (2001).

Para adquirir a 1ª competência definida pela OE (2010) realizaram-se atividades crítico-reflexivas em momentos formais e escritos (diários de aprendizagem). Foi através dos mesmos que se refletiu sobre os diferentes momentos de aprendizagem que se iam vivenciando.

É através do confronto consigo próprio, da prática clínica, da tomada de consciência das emoções e sentimentos que se pode aprofundar o auto-conhecimento. É o auto-conhecimento que ajuda os enfermeiros a darem resposta à exigente tarefa da relação terapêutica (Pereira & Botelho, 2014). Só assim o enfermeiro pode reconhecer a vulnerabilidade pessoal e desenvolver aptidões para se poder mobilizar como instrumento terapêutico. De outra forma não se consegue conhecer, compreender e aceitar o outro, pois “é a partir do momento que aceitamos a pessoa tal como ela é que ela tem vontade de mudar” (Phaneuf, 2005, p.335).

Para o desenvolvimento da 2ª e 3ª competência foram-se constituindo como contributos importantes as seguintes atividades e intervenções: a) momentos de orientação com os enfermeiros orientadores de estágio; b) revisão da literatura;

c) observação das intervenções e técnicas especializadas de Prevenção da Recaída no âmbito do estágio realizado no CRI.

Um contributo importante foi a frequência do “Curso de Mediações Criativas” desenvolvido pela SPAT em colaboração com o ISPA, bem como *workshop* de Arte-Terapia “Põe-te a mexer comigo-vínculos criativos do crescimento pessoal”. Estas formações permitiram o desenvolvimento de conhecimentos relativos aos diversos mediadores criativos.

Procurou-se desenvolver com o cliente uma relação terapêutica e de partilha, com sentido de entrega, que permitisse ao cliente reconhecer-se como um participante ativo na sua situação, capaz de encontrar o sentido para o seu problema (Chalifour, 2009).

A 4ª competência (OE, 2010) foi desenvolvida através da observação das intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico e psicoeducacional e acompanhamento dos enfermeiros especialistas na planificação e execução dessas intervenções. Para o desenvolvimento desta competência contribuiu a mobilização de estratégias e técnicas de intervenção especializadas na Prevenção da Recaída e adaptadas à “Cor do Meu Sentimento”.

Esta competência é fundamental para o desenvolvimento pessoal e sobretudo profissional, aspeto importante para continuar este caminho ao longo do percurso melhorando a qualidade dos cuidados prestados, contribuindo também para a construção da enfermagem como uma profissão de excelência.

Este processo permitiu a experiência de “estar com o outro”. Esses momentos, que se viveu com o cliente e com o grupo, permitiram aumentar e trabalhar a tomada de consciência de si na relação com o outro. Ao “olhar para trás”, sente-se que se, adquiriu uma nova consciência sobre si e sobre o que rodeia, acredita-se que se encontra em outro estágio, talvez não o de perito mas certamente num mais acima do que se encontrava antes de iniciar o Mestrado. Com o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, sente-se maior capacidade para ajudar o cliente com patologia mental a superar as vivências causadoras de sofrimento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estágio, inclusive a redação deste relatório constituiu-se como uma mais-valia para a formação pessoal e experiência profissional. Sente-se maior capacidade para ajudar os clientes com patologia mental, através de intervenções que lhes proporcionem bem-estar e qualidade de vida. Este foi um momento de aprendizagem que possibilitou a integração e aplicação dos conhecimentos da complexa problemática da dependência do álcool, e com repercussões a diferentes níveis, que é a prática de cuidados à pessoa com SDA.

Ser enfermeiro envolve ter uma série de valores, Éticos e Deontológicos. Só através de uma prática refletida se pode valorizar e dignificar a profissão, que se caracteriza pelo cuidado ao outro. Durante a prática clínica procurou-se manter uma atitude crítica e fundamentada visando o respeito pelo Código Deontológico do Enfermeiro e desenvolver atitudes tendo em conta o cliente como ser único e detentor do direito aos cuidados de melhor qualidade.

Espera-se através do desenvolvimento e implementação deste projeto de intervenção, que se pautou pelo uso de intervenções e estratégias sustentadas, ter ajudado o cliente a desenvolver estratégias para lidar com os *stressores* de recaída. Nesse sentido, espera-se ter contribuído para manter a estabilidade e integridade do sistema cliente.

Para implementar e defender projetos inovadores acredita-se que seja necessário existir responsabilidade pela qualidade de cuidados sustentados na evidência e justificados pela avaliação, sendo de extrema importância o envolvimento do cliente e dos profissionais em todo este processo.

Perante a análise e reflexão sobre os resultados das sessões desenvolvidas junto dos clientes julga-se que permitiu o desenvolvimento de competências de EESMP e de igual forma, obter ganhos em saúde para os clientes.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adès, J. & Lejoyeux, M. (2004). *Comportamentos alcoólicos e seu tratamento*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders*. (5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing
- Babor, T. (2009). Resumo do relatório da OMS. Álcool: Bem de consumo sui generis. *Toxicodependências*. 15 (19), 77-86.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito. (A. Queirós & B. Lourenço, Trans.). Coimbra: Quarteto Editora (Obra original publicada em 2001). ISBN: 972-8535-97-X
- Bresson C.D. (2010). *Arte Terapia Grupal con pacientes de hospital de día*. Santiago: Universidad de Chile. Dissertação de especialização de terapias. Acedido a 20 de Outubro de 2014. Disponível em: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2010/ar-dancette_c/html/index-frames.html
- Carvalho, R. (2001). A arte de sonhar ser. Imagens da Transformação. *Pomar*. 8. 180-192.
- Carvalho, R. (2008). Aquisição de conhecimentos e progressão do sentido pessoal: estratégias criativas e temas em Arte- Terapia. In: *IX Congresso Português de Arte- Terapia*. Porto
- Carvalho, R. (2011). *Potencialidades criativas e simbólicas dos mediadores artísticos*. Manual de Teoria e Técnica da Arte-Terapia/ Psicoterapia. Lisboa: SPAT

Chalifour, J. (2008). *A intervenção Terapêutica, Volume 1: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta, p.98-100. ISBN: 978-989-8075-05-5.

Correia A.M. (2013). A musicoterapia num centro de reabilitação de alcoolismo- o processo da pessoa num grupo de musicoterapia. In *Actas do 1º congresso ibero - americano de investigação em musicoterapia*. Lousada, Porto – Portugal, 10 a 12 de Outubro de 2013. Acedido a 10/10/14, disponível em: <http://biblioteca-da-musicoterapia.com/biblioteca/arquivos/pesquisa//ACTAS%20DO%201%20CONGRESSO%20GIIMT%202013.pdf>

Damásio, A. (2010) - *O livro da consciência - a construção do cérebro consciente*. São Paulo: Companhia das Letras. ISBN: 978-989 -644 -120 -3

DiClemente, C.C., Bellino, L.E. & Neavins, T.M. (1999). Motivation for Change and Alcoholism Treatment. *Alcohol Research & Health*, 23 (2), 86-92.

Erickson B. J. & Young M.E. (2010) Group Art Therapy with Incarcerated Women. *Journal of Addictions & Offender Counseling*. 31. Acedido a 10/10/14, disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=eca73f48-8104-43ef-8013-be7cebc7ef1c%40sessionmgr111&hid=102;>

Fabião, C., (2002) – Toxicodependência: Duplo Diagnóstico, Alexitimia e Comportamento. Uma Revisão. *Toxicodependências*. Lisboa. Vol.8, nº2. p.37-51. Acedido em: 02/07/2014. Disponível em: http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2002/2/2002_02_TXT5.pdf

Ferraz, M. et al (2009) – *Terapias Expressivas Integradas*. Coleção: Expressão em Terapia. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial. ISBN: 978-989-96401-0-8 . 1 vol.

Ferreira-Borges, C. & Filho, H.C. (2004). *Usos, Abusos e Dependências: Alcoolismo e Toxicodependência. Manual 2*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-150-9.

Ferreira-Borges, C. & Filho, H.C. (2007). *Intervenções Breves: Álcool e Outras Drogas – Manual Técnico 5*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 978-972-796-211-2.

Ferreira-Borges, C. & Filho, H.C. (2008). *Uso de Substâncias: Álcool, Tabaco e outras Drogas*. Lisboa: Coisas de Ler Edições. ISBN: 978-972-8710-98-9.

Freire, L. (2010) – Alexitimia: Dificuldade de Expressão ou Ausência de Sentimento? Uma Análise Teórica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília. Vol.26, nº1. (Janeiro -Março 2010) pp.15-24. ISSN 0102-3772. Acedido em: 02/07/2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010237722010000100003&script=sci_arttext

Gago, J. & Neto, D. (2001) – Alexitimia e Toxicodependência. *Toxicodependências*. Lisboa. Vol.7, nº3. p.19-22. Acedido em: 02/07/2014. Disponível em: http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2001/3/2001_03_TXT3.pdf

Henriques, F. (2004). *Mudar, Parei: Recuperação*. Lisboa: CITA

Henriques, F. (2004). Prevenção da Recaída. In C. Borges & H. Filho (Coords.). *Usos, Abusos e Dependências. Alcoolismo e Toxicodependência* (Vol. 2, p.387-410). Lisboa: Climepsi Editores.

Instituto da Droga e Toxicodependência (2011). *Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012*. Lisboa: Instituto da Droga e Toxicodependência, I.P. ISBN: 978 – 972- 9345- 75- 3

Instituto Superior de Psicologia Aplicada (2014). Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia. *Curso de Mediação Criativa, Introdução aos Mediadores Artísticos*.

- Janeiro, L., Faísca, L. & Miguel, M. (2007). *SOCRATES 8D. Guia de aplicação e interpretação. Contributo para a adaptação à população portuguesa*. Faro: Departamento de Psicologia, Universidade do Algarve.
- Joe, G., Simpson, D.D. & Broome, K.M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*, 93 (8).
- Kiritzé-Topor, P. & Bénard, J. (2007). *Guia Prático Climepsi de Alcoologia*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 978-972-796-289-1.
- Liebmann, M. (2000). *Exercícios de arte para grupos: um manual de temas, jogos e exercícios*. (4^a ed.). São Paulo: Summus.
- Manes, S. (2001) – *83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupo*. Portugal: ARTIPOL.
- Marlatt, A. & Gordon, J. (1993). *Prevenção da Recaída. Estratégias de Manutenção no Tratamento de Comportamentos Adictivos*. (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1985).
- Martins, D.C.S. (2012). *Arte - Terapia e as Potencialidades Simbólicas e Criativas dos Mediadores Artísticos*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Dissertação de Mestrado em Educação Artística. Acedido a 24 de Julho de 2014. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10008/2/ULFBA_TES665.pdf
- Martins L. V. & Valladares A.C.A (2009). *A utilização das cores em arteterapia com adultos- jovens usuários de drogas psicoativas hospitalizados*. Faculdade de Enfermagem/UFG Goiânia Brasil. Acedido a 04/10/14, disponível em: http://www.sbpnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pivic/trabalhos/LUANA_VI.PDF
- Mello, M., Barrias, J. & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

- Ministério da Saúde (2005). Carta dos direitos do doente internado. Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 1/02/15. Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-dos-direitos-do-doente-internado.aspx>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L. & Swanson, E. (2010). *Classificação dos Resultados de Enfermagem*. (4ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora. ISBN: 978-85-352-3223-5.
- Morais AH, Roecker S, Salvagioni DAJ & Eler GJ (2014). Significance of clay art therapy for psychiatric patients admitted in a day hospital. *Invest Educ Enferm*. 32(1): 128-138. Acedido a 05/10/14, disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v32n1/v32n1a15.pdf>
- Neto, D., Lambaz, R., & Tavares, J. (2007). Compliance with aftercare treatment, including disulfiram, and effect on outcome in alcohol-dependent patients. *Alcohol and Alcoholism*. 42 (6), 606-609.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. (3rd ed.). Norwalk: Appleton e Lange. ISBN 0-8385-6701-0.
- Nunes, A.S. (2011) – Terapia de Grupo focada nas emoções: Uma intervenção diferenciada com pacientes alcoólicos em recuperação. *Toxicodependências*. Lisboa. Vol.17, nº2. p.43-51. Acedido em: 02/07/14. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/533/artigo5_Vol17_n2.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Divulgar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: OE. Revisão e reimpressão em Agosto de 2012.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Perecer CJ- 102/2009*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Lisboa: OE.

Osório, L.C. (2007). *Grupoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed.

Pereira, P & Botelho, M.A.R. (2014). Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental: revisão sistemática da literatura. *Pensar em enfermagem*. 18, nº2, 61-73.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-84-3.

Prazeres, N., Parker, J. & Taylor, G. (2000). Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (RIDEP)*, 9, 9-21.

Rangé, B. P.& Marlatt, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (2), 88-95.

Rogers, C. (1985). *Tornar-se Pessoa*. 7ª edição. Lisboa: Moraes Editores

Sequeira, A & Lopes, J. (2009). Gestão de Cuidados de Enfermagem para uma Assistência Efectiva e Integrada à Pessoa com Toxicodependência. *Toxicodependências*. 11(1), 67-76.

Serviço de Intervenção para os Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD) (2013). *Plano Nacional para a Redução de Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa: SICAD

Souto, M.T.S. (2000). *A alexitimia e a dependência de drogas. Os sentimentos, o discurso e as drogas*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental.

Torrado, M. A.V.B. (2013). *Alexitimia e Toxicodependência contributos para o estudo de processos emocionais, da regulação afectiva e das interacções parentais precoces em indivíduos toxicodependentes*. Universidade de Lisboa. Doutoramento em Ciências e Tecnologias da Saúde, Especialidade de Desenvolvimento Humano. Lisboa

Townsend, M.C. (2011) *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. (6ª Ed.). Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-61-5

Williams, A; Meyer, E & Pechansky, F. *Desenvolvimento de um jogo terapêutico para prevenção da recaída e motivação para a mudança em jovens usuários de droga*. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Out- Dez 2007, Vol. 23 nº4, p. 407-414. Acedido a 30/11/14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722007000400006

World Health Organization (WHO) (2012). *Alcoholism the European. Union Consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen: WHO. Acedido em 02/07/14. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf

World Health Organization (WHO) (2014). *World Health Statistics 2014*. Italy: World Health Organization. ISBN: 978 92 4 069267 1 (PDF). Acedido a 24/02/15. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1

World Health Organization (WHO) (2014). *The ICD 10: Classification of Mental and Behavioural Disorders Diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO. Acedido a 02/07/2014. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>

Vinogradov, S. & Yalom, I. (1992). Manual de Psicoterapia de grupo. Porto Alegre: Artes Médicas

Yalom, I. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4ªed.) New York: basic Books

Yoshida, E. (2002). Escala de estágios de mudança: uso clínico e em pesquisa. *Psico-USF*, 7(1), 59-66.

Zimerman, D. & Osorio, L. (1997). Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artmed Editora

APÊNDICES

Apêndice I

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito do Programa de sessões de intervenção de enfermagem “A cor do meu sentimento” que compreende 8 sessões, solicito a sua participação neste plano de intervenção.

A confidencialidade e o segredo profissional de toda a informação estarão presentes após e ao longo de todo o processo.

Poderá abandonar o plano em qualquer altura.

Declaro ter compreendido as informações que me foram dadas e aceito participar.

Lisboa, _____ de _____ de 2015

Apêndice II

Questionário de Avaliação de Satisfação

Questionário de Avaliação de Satisfação

Avaliação da sessão _____

Nome: _____

Data: ____/____/____

1. Qual o sentimento que me marcou mais nesta sessão?

2. Como é que me sentia antes desta sessão?

3. Como é que me senti no final da sessão?

4. O que é que aprendi nesta sessão que me pode ajudar?

Apêndice III

Grelha de Observação da Sessão

Grelha de Observação da Sessão

Sessão:					
	1	2	3	4	5
Indicadores relativos à expressão de sentimentos e emoções					
Identifica sentimentos e emoções					
Expressa sentimentos e emoções					
Verbaliza sentimentos e emoções					
Expressa-se de forma criativa					
Coerência na expressão emocional					
Expressa-se de forma espontânea					
Capacidade de identificar o sentimento do outro					
Indicadores gerais					
Participação					
Receptividade					
Comunicação					
Imaginação					
Criatividade					
Autenticidade					
Confiança					
Envolvimento					
Positividade					
Interação com o grupo					
Auto-conhecimento					

Legenda (indicadores gerais):

1. Não demonstrou
2. Demonstrou razoavelmente
3. Demonstrou moderadamente
4. Demonstrou satisfatoriamente
5. Demonstrou eficazmente

Apêndice IV

Fotografias 1 e 2 das criações dos clientes na sessão “O
alcoolismo”



Legenda: Fotografia 1



Legenda: Fotografia 2

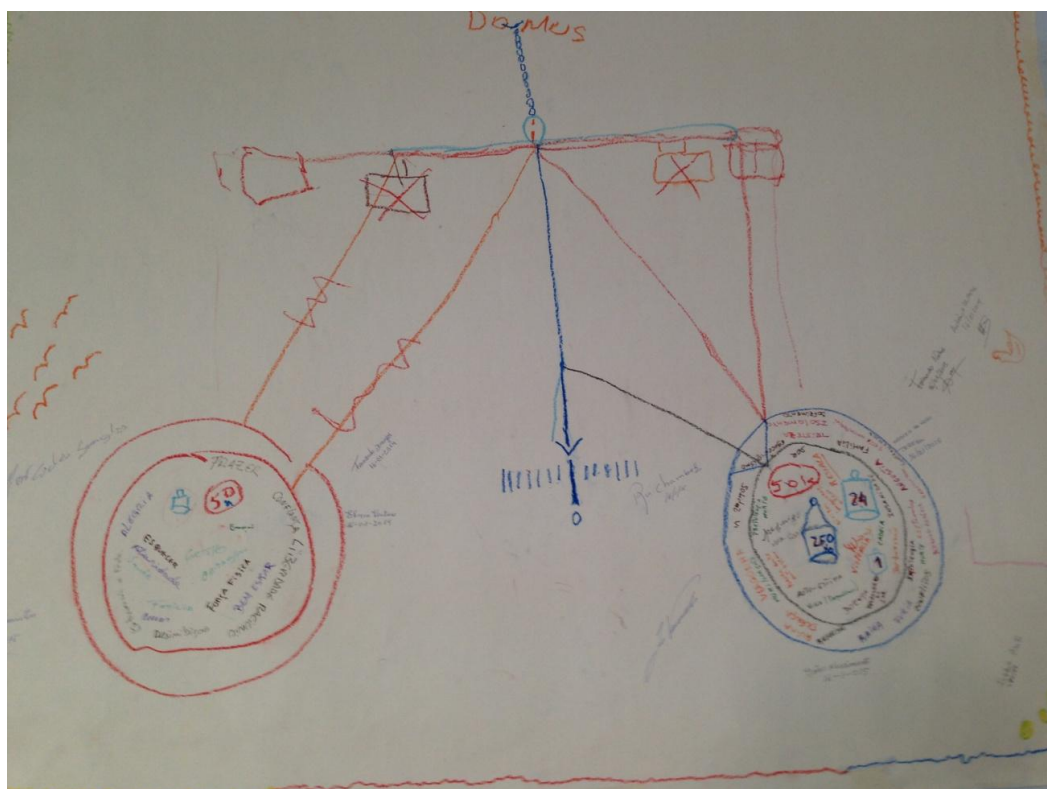
Apêndice V

Fotografias 3 e 4 das criações dos clientes na sessão

“Balança Decisional”



Legenda: Fotografia 3



Legenda: Fotografia 4

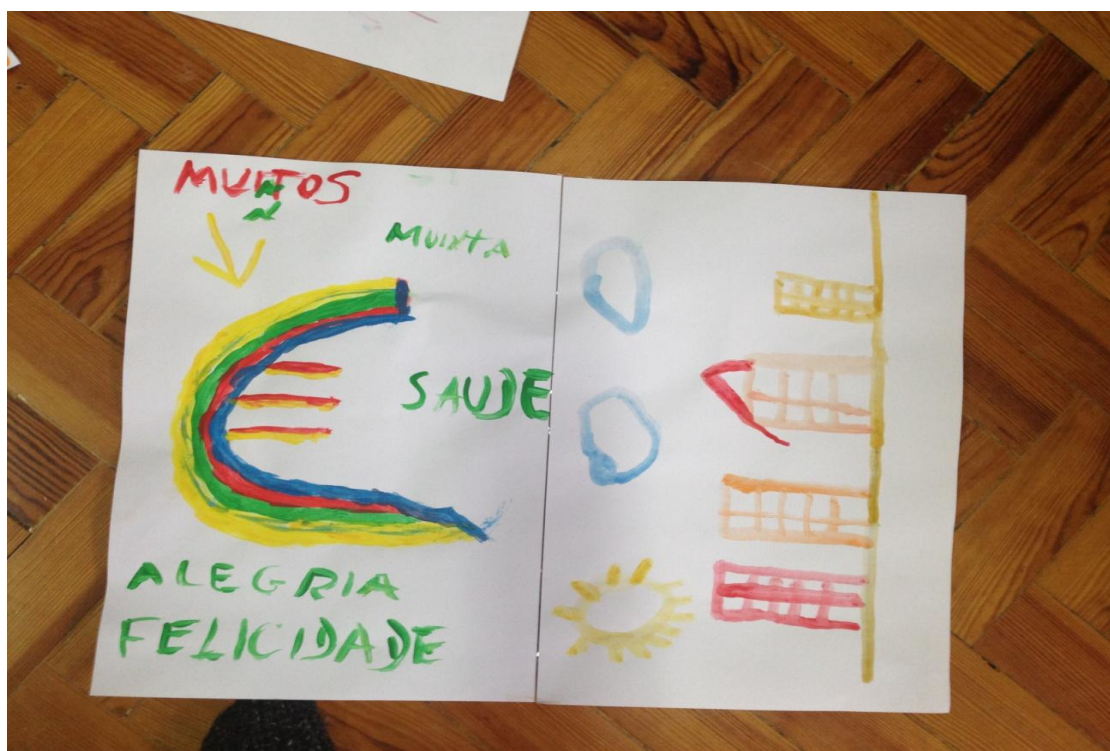
Apêndice VI

Fotografias 5 e 6 das criações dos clientes na sessão

“Como eu sou”



Legenda: Fotografia 5



Legenda: Fotografia 6

Apêndice VII

Fotografias 7 e 8 das criações dos clientes na sessão “Eu e o meu corpo”



Legenda: Fotografia 7



Legenda: Fotografia 8

ANEXOS

Anexo I
SOCRATES 8D

SOCRATES 8D

Instruções: Por favor leia as seguintes afirmações cuidadosamente. Cada uma delas descreve o modo como pode (ou não) sentir-se acerca do uso do álcool ou drogas. Para cada afirmação faça um círculo no número de 1 a 5 para indicar o quanto concorda ou discorda com cada afirmação nesse momento. Por favor coloque um círculo em apenas um número por cada afirmação

		DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	INDECISO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
1	EU REALMENTE QUERO MUDAR EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE ÁLCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
2	ÀS VEZES PERGUNTO A MIM MESMO SE SOU DEPENDENTE DE ÁLCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
3	SE NÃO MUDAR RAPIDAMENTE EM RELAÇÃO AO MEU CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS, OS MEUS PROBLEMAS VÃO TORNAR-SE MAIORES.	1	2	3	4	5
4	EU JÁ COMECEI A FAZER ALGUMAS MUDANÇAS EM RELAÇÃO AO MEU CONSUMO DE ÁLCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
5	ÀS VEZES PERGUNTO-ME SE O FACTO DE CONSUMIR MAGOA AS OUTRAS PESSOAS.	1	2	3	4	5
6	EU TENHO UM PROBLEMA COM O ÁLCOOL/ DROGAS.	1	2	3	4	5
7	NÃO ESTOU SÓ A PENSAR EM MUDAR EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE ÁLCOOL/DROGAS; JÁ ESTOU DE FACTO A FAZER ALGO POR ISSO.	1	2	3	4	5
8	EU JÁ MUDEI EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE ÁLCOOL/DROGAS E PROCURO APRENDER MANEIRAS QUE ME AJUDEM A EVITAR A RECAÍDA.	1	2	3	4	5
9	EU TENHO UM PROBLEMA SÉRIO COM O ÁLCOOL/DROGAS?	1	2	3	4	5
10	ÀS VEZES PERGUNTO A MIM MESMO SE TENHO CONTROLO SOBRE O MEU CONSUMO DE ÁLCOOL/ DROGAS.	1	2	3	4	5
11	O MEU CONSUMO DE ÁLCOOL/DROGAS ESTÁ A CAUSAR-ME MUITO MAL.	1	2	3	4	5
12	ACTUALMENTE ESTOU A FAZER COISAS PARA PARAR OU DIMINUIR O MEU CONSUMO DE ÁLCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
13	EU QUERO AJUDA PARA EVITAR TER OS MESMOS PROBLEMAS QUE ANTES TINHA COM O CONSUMO DE ÁLCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
14	EU SEI QUE TENHO UM PROBLEMA COM O ÁLCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
15	ÀS VEZES PERGUNTO-ME SE O MEU CONSUMO DE ÁLCOOL/DROGAS É EXCESSIVO.	1	2	3	4	5
16	EU SOU UM ALCOÓLICO/TOXICODEPENDENTE.	1	2	3	4	5
17	ESTOU A ESFORÇAR-ME PARA MUDAR EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE ÁLCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5

Adaptado por Luís Faísca, Luís Janeiro, Maria José Lopes Miguel. Universidade do Algarve. 2007.

Anexo II

Guia de interpretação da SOCRATES 8D

Tabela 1

	RECONHECIMENTO DO PROBLEMA	ACÇÃO	AMBIVALÊNCIA
ITEM 1			
ITEM 2			
ITEM 3			
ITEM 4			
ITEM 5			
ITEM 6			
ITEM 7			
ITEM 8			
ITEM 9			
ITEM 10			
ITEM 11			
ITEM 12			
ITEM 13			
ITEM 14			
ITEM 15			
ITEM 16			
ITEM 17			
	TOTAL _____	TOTAL _____	TOTAL _____
	(INTERVALO: 6-30)	(INTERVALO: 7-35)	(INTERVALO: 4-20)

Fonte: Janeiro et al, (2007)

Tabela 2- *Percentis para os 3 factores da SOCRATES 8D*

	PERCENTIS (%)	RECONHECIMENTO DO PROBLEMA	ACÇÃO	AMBIVALÊNCIA
-	10 MUITO BAIXO	15,0 <input type="checkbox"/>	28,0 <input type="checkbox"/>	8,0 <input type="checkbox"/>
	20	21,4 <input type="checkbox"/>	28,0 <input type="checkbox"/>	11,0 <input type="checkbox"/>
	30 BAIXO	24,0 <input type="checkbox"/>	30,7 <input type="checkbox"/>	13,0 <input type="checkbox"/>
	40	25,0 <input type="checkbox"/>	31,0 <input type="checkbox"/>	14,0 <input type="checkbox"/>
	50 MÉDIO	26,0 <input type="checkbox"/>	33,0 <input type="checkbox"/>	15,0 <input type="checkbox"/>
+	60	27,2 <input type="checkbox"/>	33,0 <input type="checkbox"/>	15,8 <input type="checkbox"/>
	70 ALTO	29,0 <input type="checkbox"/>	34,0 <input type="checkbox"/>	16,0 <input type="checkbox"/>
	80	30,0 <input type="checkbox"/>	35,0 <input type="checkbox"/>	17,0 <input type="checkbox"/>
	90 MUITO ALTO	30,0 <input type="checkbox"/>	35,0 <input type="checkbox"/>	18,0 <input type="checkbox"/>

Fonte: Janeiro et al, (2007)

Tabela 3 – Guia de interpretação da SOCRATES 8D de acordo com o modelo transteórico

RECONHECIMENTO DO PROBLEMA (PERCENTIS)	ACÇÃO (PERCENTIS)	ESTÁDIO DA MUDANÇA	INTERPRETAÇÃO
- (< 50)	- (< 50)	PRÉ- CONTEMPLATIVO	NÃO RECONHECE O PROBLEMA E NÃO ACTUA PARA MUDAR
+ (>50)	- (< 50)	CONTEMPLATIVO	RECONHECE O PROBLEMA MAS NÃO ACTUA
+ (>50)	+ (>50)	ACÇÃO	RECONHECE O PROBLEMA E ACTUA
- (< 50)	+ (>50)	MANUTENÇÃO	NÃO RECONHECE O PROBLEMA, MAS ACTUA

Fonte: Janeiro et al (2007)

Tabela 4- Guia de interpretação da escala SOCRATES 8D

RECONHECIMENTO DO PROBLEMA
<p>Pontuações ALTAS indicam que existe reconhecimento dos problemas relacionados com o consumo de drogas, que a pessoa espera que a situação se agrave se nada fizer e demonstra tendência a expressar o desejo de mudança.</p> <p>Pontuações BAIXAS indicam a ausência de desejo de mudança, negação das consequências do consumo de drogas e rejeição de diagnósticos tais como “problema com drogas” ou “toxicodependente”.</p>
ACÇÃO
<p>Pontuações ALTAS significam que a pessoa já está a fazer algo para mudar em relação ao consumo de drogas e pode ter realizado algumas tarefas com sucesso a esse nível. A mudança está em acção e a pessoa pode solicitar ajuda para manter a mudança ou prevenir reveses. Uma pontuação alta é predictora de mudança.</p> <p>Pontuações BAIXAS significam que a pessoa não está a fazer nada para mudar em relação ao seu consumo de drogas e portanto não obteve nenhuma mudança a esse nível recentemente.</p>
AMBIVALENCIA
<p>Pontuações ALTAS indicam que a pessoa por vezes se questiona acerca da capacidade que possui para controlar o seu consumo, acerca da quantidade e dependência do consumo, e do impacto do consumo sobre as outras pessoas. Pontuações altas reflectem ambivalência ou incerteza, podendo indicar alguma abertura à reflexão, tal como é de esperar no estágio de mudança contemplação.</p> <p>Pontuações BAIXAS indicam que a pessoa não se questiona acerca do seu consumo de drogas, da sua capacidade para controlar o consumo, das consequências do mesmo sobre as suas relações e se é ou não dependente. A pessoa pode pontuar baixo em ambivalência quer porque “sabe” que o seu consumo está a causar problemas (“reconhecimento do problema” elevado) ou porque sabe que não tem problemas (“reconhecimento do problema” baixo). A pontuação obtida na Ambivalência deve ser interpretada em função da pontuação obtida no factor “reconhecimento do Problema”.</p>

Fonte: Guia interpretativo da SOCRATES 8D, adaptado de “SOCRATES: Stages of Change Readiness na Treatment Eagerness Scale” de CASAA Reserach Division, s.d.d, de <http://casaa.unm.edu/inst/SOCRATES v8.pdf>, citada por Janeiro et al. (2007)

Anexo III

Escala da Alexitimia de Toronto (TAS- 20)

Escala de Alexitimia de Toronto

(Taylor, Ryan & Babby, 1992; adaptado para a população portuguesa por Prazeres, 1994)

Usando a escala fornecida como guia, indique o seu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações, fazendo um círculo à volta do número correspondente. Dê só uma resposta por cada afirmação. Use a seguinte chave:

1	2	3	4	5
DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM PARTE	NEM DISCORDO NEM CONCORDO	CONCORDO EM PARTE	CONCORDO TOTALMENTE

	1	2	3	4	5
1. FICO MUITAS VEZES CONFUSO SOBRE QUAL A EMOÇÃO QUE ESTOU A SENTIR					
2. TENHO DIFICULDADE EM ENCONTRAR AS PALAVRAS CERTAS PARA DESCREVER OS MEUS SENTIMENTOS.					
3. TENHO SENSações FÍSICAS QUE NEM OS MÉDICOS COMPREENDEM					
4. SOU CAPAZ DE DESCREVER FACILMENTE OS MEUS SENTIMENTOS.					
5. PREFIRO ANALISAR OS PROBLEMAS A DESCREVÊ-LOS APENAS.					
6. QUANDO ESTOU ABORRECIDO, NÃO SEI SE ME SINTO TRISTE, ASSUSTADO OU ZANGADO.					
7. FICO MUITAS VEZES INTRIGADO COM SENSações NO MEU CORPO.					
8. PREFIRO SIMPLEMENTE DEIXAR AS COISAS ACONTECER E COMPREENDER PORQUE ACONTECERAM ASSIM.					
9. TENHO SENTIMENTOS QUE NÃO CONSIGO IDENTIFICAR BEM.					
10. É ESSENCIAL ESTAR EM CONTACTO COM AS EMOÇÕES.					
11. ACHO DIFÍCIL DESCREVER O QUE SINTO EM RELAÇÃO ÀS PESSOAS					
12. AS PESSOAS DIZEM-ME PARA FALAR MAIS DOS MEUS SENTIMENTOS.					
13. NÃO SEI O QUE SE PASSA DENTRO DE MIM.					
14. MUITAS VEZES NÃO SEI PORQUE ESTOU ZANGADO.					
15. PREFIRO CONVERSAR COM AS PESSOAS SOBRE AS SUAS ACTIVIDADES DIÁRIAS DO QUE SOBRE OS SEUS SENTIMENTOS					
16. PREFIRO ASSISTIR A ESPECTÁCULOS LIGEIROS DO QUE A DRAMAS PSICOLÓGICOS.					
17. É-ME DIFÍCIL REVELAR OS SENTIMENTOS MAIS ÍNTIMOS, MESMO A AMIGOS MAIS PRÓXIMOS.					
18. PASSO A SENTIR-ME PRÓXIMO DE UMA PESSOA MESMO EM MOMENTOS DE SILÊNCIO.					
19. CONSIDERO O EXAME DOS MEUS SENTIMENTOS ÚTIL NA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS PESSOAIS.					
20. PROCURAR SIGNIFICADOS OCULTOS NOS FILMES E PEÇAS DE TEATRO DISTRAI DO PRAZER QUE PROPORCIONAM					

